

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

SINDROM SAGORIJEVANJA KOD ANESTEZIOLOGA

Diplomski rad

Nikolina Mihić

Mentorica: prof. dr. sc. Lidija Arambašić

Zagreb, 2018

SADRŽAJ

UVOD.....	1
Sindrom sagorijevanja	1
Sindrom sagorijevanja kod liječnika anesteziologa.....	2
Spremnost na traženje stručne podrške	4
Prepreke i poticaji pri traženju stručne podrške	5
CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE	9
PROVEDBA ISTRAŽIVANJA	10
Sudionici.....	10
Mjerni instrumenti	11
Postupak	13
REZULTATI	14
Kvantitativni dio istraživanja.....	14
Kvalitativni dio istraživanja.....	15
RASPRAVA.....	23
Metodološka ograničenja i smjernice za daljnja istraživanja	28
ZAKLJUČAK.....	30
LITERATURA	31
PRILOZI.....	34

Sažetak

Sindrom sagorijevanja kod anesteziologa

Anesteziologija je prepoznata kao zanimanje s objektivno zahtjevnim i stresnim obilježjima posla te visokim rizikom za razvoj problema poput sindroma sagorijevanja. Kod anesteziologa i liječnika općenito, utvrđena je i veliki otpor prema traženju stručne podrške za različite smetnje, pogotovo psihološke prirode. Ozbiljnost mogućih posljedica sindroma sagorijevanja i neistraženost područja potaknuli su na odabir ove teme. Cilj istraživanja bio je dobiti detaljan uvid u različite aspekte sindroma sagorijevanja kod liječnika anesteziologa koje uključuju znanje, uvjerenja o ozbiljnosti sindroma sagorijevanja kao problema i odrednice spremnosti na traženje podrške zbog pojave njegovih znakova. Naglasak je stavljen i na utvrđivanje razlika između specijalista i specijalizanata. Korištena je kombinacija kvalitativne i kvantitativne metodologije. U kvalitativnom dijelu korišten je polustrukturirani intervju čija je svrha bila dobivanje detaljnog uvida u navedene odrednice, a kvantitativnim putem dodatno se ispitalo postoje li razlike u razini znanja i uvjerenja o ozbiljnosti problema između dvije skupine. Sudionici izvještavaju o visokoj izloženosti pojmovima vezanim uz stres, djelomičnom poznavanju obilježja sindroma sagorijevanja i nedostatku, odnosno upitnoj kvaliteti edukacije o toj temi. Sudionici također smatraju da se radi o veoma ozbiljnom problemu, i prepoznaju da su kao struka izloženi riziku za njegov razvoj. Unatoč prethodnom iskustvu i trenutno razvijenim znakovima sindroma sagorijevanja sudionici nisu otvoreni prema traženju stručne podrške. Izražena je tendencija oslanjanja na sebe i izbjegavanja traženja podrške dok znakovi ne postanu drastični. Primijećene su razlike između specijalista i specijalizanata u načinu edukacije o sindromu sagorijevanja (iako ne i u znanju), prethodnim osobnim iskustvima i trenutnoj izraženosti znakova sindroma sagorijevanja, kao i u preferiranim izvorima podrške i preprekama pri traženju podrške koje doživljavaju.

Ključne riječi: sindrom sagorijevanja, anesteziologija

Abstract

Burnout syndrome in anaesthesiologists

Anaesthesiology is recognized as an occupation with objectively demanding and stressful job characteristics, and high risk for development of various problems including burnout syndrome. Anaesthesiologists and physicians in general, show great resistance regarding help-seeking, especially for psychological problems. Severity of possible consequences of the burnout syndrome and not enough research in this area were the main motivation for this study. The main purpose of the study was to get detailed insight into different aspects of burnout syndrome in anaesthesiologists, including knowledge, perceived severity and willingness to seek help when symptoms arise. The purpose of study was also to determine if there are any differences between attendings and residents. Combination of qualitative and quantitative methodology was used. Qualitative part consisted of semi-structured interviews which were used to examine determinants of burnout, and quantitative part was used to determine if there are any differences between

two groups in knowledge and perceived severity. Participants report regular exposure to stress-related concepts, partial knowledge of burnout, and question the quality of education they are receiving about this syndrome. Participants also consider burnout as a serious problem and recognize that anaesthesiologists, as an occupation, are under risk for developing it. Despite previous personal experience with burnout and current symptoms, participants are not open to the idea of help-seeking. There is a strong tendency of relying on themselves and avoiding seeking for help until the symptoms become severe. Differences were found between attendings and residents in education about burnout (but not knowledge), previous personal experiences and current symptoms, as well as in the preferred source of help and barriers they perceive in help-seeking process.

Key words: burnout syndrome, anaesthesiology

UVOD

Gotovo svakodnevno spominju se teški uvjeti u kojima liječnici rade i izvori stresa kojima su izloženi. Kao rezultat kronične izloženosti stresu na radu sve češće se javlja sindrom sagorijevanja, koji može imati ozbiljne posljedice na dobrobit pojedinca. Među liječnicima anesteziolozi se izdvajaju kao jedna od zahvaćenijih specijalizacija (Nyssen i Hansez, 2008) i iako se radi o često istraživanoj temi u svjetskoj literaturi, kod nas to nije slučaj. Ovo istraživanje usmjereno je na dobivanje detaljnijeg uvida u neke od temeljnih aspekata sindroma sagorijevanja kod anesteziologa, s ciljem boljeg razumijevanja njihovih potreba. Prema našim saznanjima, ovo je prvo istraživanje ovakve vrste u Hrvatskoj.

Sindrom sagorijevanja

Profesionalni stres ili stres na radu jedan je od sve češće istraživanih oblika stresa, a može se opisati kao nesuglasje između zahtjeva radnog mjesta (radne okoline) i mogućnosti, želja i očekivanja da se tim zahtjevima udovolji (Ajduković i Ajduković, 1996). Kao jedna od najtežih posljedica profesionalnog stresa javlja se sindrom sagorijevanja (sindrom izgaranja, eng. burnout). Sindrom sagorijevanja tipičan je za pomagačka zanimanja, a javlja se kao odgovor na kronični emocionalni napor koji nastaje zbog svakodnevnog kontakta s ljudima i nošenja s njihovim problemima (Maslach, 2003). Danas je najzastupljenija konceptualizacija sindroma sagorijevanja prema Christini Maslach koja ga definira kroz tri temeljne dimenzije. To su: *emocionalna iscrpljenost*, koja uključuje prажnjenje emocionalnih kapaciteta i nemogućnost njihove nadopune te druge znakove koji se javljaju kao odgovor na stres, zatim *depersonalizacija* koja se odnosi na bezosjećajnost i ravnodušnost prema primateljima pomoći te *smanjen osjećaj osobnog postignuća*, odnosno smanjena vjera u vlastite sposobnosti koja može imati ozbiljne posljedice na stvarno postignuće (Maslach, 2003; Škrinjar, 1997).

Jedno od temeljnih obilježja sindroma sagorijevanja jest da se on ne razvija „preko noći“. Osoba na putu razvoja najčešće prolazi kroz nekoliko faza (Ajduković i Ajduković, 1996). Prva faza uključuje razdoblje pretjeranog radnog entuzijazma, a karakteriziraju je nerealna očekivanja brzog postignuća i nekritična predanost poslu. Slijedi faza stagnacije u kojoj osoba postane svjesna da se dometi posla razlikuju od njenih očekivanja i dolazi

do osjećaja frustracije, razočaranja i negativizma. Kako bi se osoba dodatno zaštitila od nepovoljnih situacija na poslu, počinje se emocionalno povlačiti i izolirati, što je često praćeno poteškoćama u komunikaciji s kolegama i klijentima. Povlačenje i izolacija doprinose tome da se posao smatra bezvrijednim, a dodatne stresore u ovoj fazi predstavljaju i tjelesni znakovi sagorijevanja (glavobolje, umor, problemi s imunitetom i dr.) U konačnoj fazi početni entuzijizam zamijenjen je ravnodušnošću prema klijentima i cinizmom, a česti su apatija, gubitak motivacije za posao i životnih interesa, kao i znakovi depresije.

Dodatan problem kod sindroma sagorijevanja je što se njegovi znakovi često zanemaruju, sve dok ne počnu ozbiljno narušavati svakodnevno funkcioniranje. To je obično znak da je sindrom u potpunosti razvijen (Ajduković i Ajduković, 1996). Posljedice u potpunosti razvijenog sindroma sagorijevanja uključuju ponekad drastične životne promjene. Osim iznimne emocionalne i tjelesne iscrpljenosti, dolazi do psiholoških promjena, izolacije i promjena u pogledu na svijet. Narušeni su međuljudski odnosi, a sve navedene promjene prelijevaju se i u obiteljski život. Povlačenje od posla i klijenata dovodi do absentizma, a smanjen osjećaj postignuća i vjere u sebe dovode do smanjene kvalitete rada. U najtežim slučajevima može doći do napuštanja posla i promjene karijere (Ajduković i Ajduković, 1996; Maslach, 2003).

Sindrom sagorijevanja kod liječnika anesteziologa

Medicina je davno prepoznata kao jedno od najstresnijih zanimanja, a procjenjuje se da svaki četvrti liječnik pati od nekog psihološkog problema (Garelick, 2012). Glavni problemi koji se javljaju, osim visokih razina stresa, su depresivnost, anksioznost, sindrom sagorijevanja, zloupotreba alkohola i drugih psihoaktivnih tvari te visoke stope razmišljanja o samoubojstvu (Andrade i Dantas, 2015; Garelick, 2012).

Stres koji se javlja zbog zahtjeva posla može biti uzrokovan pojedinačnim susretima s traumatičnim događajima i/ili dugoročnom izloženošću teškim i ponekad neprimjerenim uvjetima rada (Ajduković i Ajduković, 1996). Nysenn i Hansez (2008) navode da se u različitim istraživanjima navode isti glavni čimbenici koji čine posao i uvjete rada objektivno stresnima, a to su: vremenska ograničenja, prevelik opseg posla (tjelesni i psihološki), složenost radnih zadataka, osobna odgovornost i strah da se ne

našteti klijentima/bolesnicima, karakteristike radne zajednice (radna atmosfera i komunikacijske poteškoće), nedostatak kontrole te balansiranje privatnog obiteljskog života s dežurstvima.

Među brojnim specijalizacijama u medicini, anesteziologija se izdvaja kao jedna od težih. To je grana medicine koja se bavi uklanjanjem boli i/ili svijesti za vrijeme dijagnostičkog ili terapijskog postupka te perioperacijskim liječenjem bolesnika što uključuje predoperacijsku pripremu te postoperacijsko praćenje, bilo u jedinicama intenzivnog liječenja, bilo u sobama za buđenje/bolesničkim sobama, ovisno o vrsti operacije i stanju bolesnika. Osim za vođenje anestezije i intenzivno liječenje najtežih bolesnika liječnici anesteziolozi obučeni su i za hitno zbrinjavanje, te su najčešće upravo oni članovi reanimacijskih/hitnih bolničkih timova (KBC Sestre milosrdnice, 2017). Posao anesteziologa obuhvaća višesatni rad u operacijskim salama, cjelonoćna dežurstva i rad na svim bolničkim odjelima, što zahtijeva posjedovanje znanja ne samo iz područja anesteziologije, nego i iz svih drugih područja medicine. Svakodnevno su izloženi situacijama u kojima o njihovom znanju, iskustvu i vještini snalaženja kod hitnih slučajeva ovisi nečiji život (Andrande i Dantas, 2015). Iz samog opisa vidljivo je da rad anesteziologa uključuje skoro sve navedene čimbenike koji posao čine stresnim.

Kada se navedeni uvjeti rada povežu s činjenicom da je svakodnevni neposredni kontakt s ljudima jedan od glavnih preduvjeta za razvoj sindroma sagorijevanja, ne iznenađuju podaci koje govore da on pogađa otprilike 40% anesteziologa (Nyssen i Hansez, 2008). Zabrinjavajući su i rezultati istraživanja Mayo klinike koja pokazuju porast prisutnosti barem jednog znaka sindroma sagorijevanja kod liječnika s 45,5% liječnika 2011. godine na 54,4% liječnika 2014. godine, pri čemu je 2014. godine čak 50% anesteziologa primijetilo barem jedan od znakova (Schanafelt i sur., 2015).

Istraživanja na našim područjima također potvrđuju visoke razine prisutnosti znakova sindroma sagorijevanja kod liječnika, ali i specifično kod anesteziologa. Tomljenović, Kolarić, Stajduhar i Tesić (2014) su na heterogenom uzorku riječkih liječnika pokazali da 43.6% sudionika ostvaruje visoke rezultate u kategoriji emocionalne iscrpljenosti, 33.5% u kategoriji depersonalizacije te 49.1% u kategoriji smanjenog osobnog postignuća. U istraživanju provedenom na srpskom uzorku anesteziologa visoke i umjerene rezultate na dimenziji emocionalne iscrpljenosti ostvarilo je 79.5% sudionika,

a na dimenziji depersonalizacije 38.5%. Na dimenziji osjećaja osobnog postignuća niske i umjerene rezultate ostvarilo je 57.6% sudionika (Milenović, 2015).

O ozbiljnosti problema govori i inicijativa Hrvatske liječničke komore koja je 2010. godine svoj godišnji simpozij posvetila temi „Zdravlje na radu i zdrav radni okoliš – ključ kvalitete rada liječnika“. Među najvažnijim preporukama i smjernicama za učinkovitu prevenciju štetnih posljedica stresa na radu, anesteziologija je, uz službe hitne medicinske pomoći, primarnu zdravstvenu zaštitu i kirurške djelatnosti, prepoznata kao specijalizacija u kojoj je potrebno hitno smanjiti preopterećenost liječnika u svrhu prevencije štetnih posljedica stresa na radu (Cafuk, 2010).

Spremnost na traženje stručne podrške

Spremnost na traženje stručne podrške i/ili pomoći odnosi se niz ponašanja koja uključuju priznavanje postojanja problema i razgovor o njemu s ciljem dobivanja odgovarajuće podrške. Wills i DePaulo (1991) predlažu model procesa traženja podrške koji se sastoji od tri razine. Prvu razinu čine manji problemi i brige za koje se traži emotivna i kognitivna podrška bliskih ljudi, obitelji i prijatelja; drugu razinu čine ustrajniji problemi za koje se traži podrška liječnika kao prve linije pomagača; dok se na trećoj razini radi o ozbiljnijim problemima za koje se osobe upućuje specijalistima. Kada su u pitanju psihološki problemi, postoji opća tendencija izbjegavanja traženja podrške stručnjaka (Rickwood i Braithwaite, 1994) i brojni čimbenici koji utječu na taj proces, što doprinosi njenoj složenosti. Tako Mechanic (1978; prema Cockerham, 2016) navodi čak deset različitih odrednica traženja pomoći: vidljivost i prepoznavanje simptoma, percepcija o opasnosti simptoma, razina do koje simptomi narušavaju obiteljski i poslovni život, kao i ostale društvene aktivnosti, učestalost i intenzitet simptoma, razina tolerancije na simptome, dostupne informacije, znanje i kulturalne pretpostavke, osnovne potrebe koje dovode do negiranja, druge potrebe koje proturječe odgovorima na bolest, druga moguća objašnjenja simptoma koja mogu nastati kad se simptomi prepoznaju i dostupnost i blizina tretmana, te psihološki i financijski troškovi. Navedeno upućuje na to da sama prisutnost određenog znaka ili simptoma nije dovoljan motivator, već na prepoznavanje problema i odluku o tome hoće li se potražiti pomoć utječe znanje o poremećajima, osobna vjerovanja pojedinaca te samoprocjene o ozbiljnosti simptoma i podložnosti bolesti (Putnik, de Jong i Verdonk, 2011).

Od spomenutih uvjerenja u ovom istraživanju naglasak je stavljen na *uvjerenja o ozbiljnosti problema/teškoća* (eng. problem severity, problem seriousness). U zdravstvenom kontekstu, percipirana ozbiljnost teškoća odnosi se na skup procjena o ozbiljnosti (težini) zdravstvene prijetnje i njenih posljedica na različite dijelove života (Sheeran i Abraham, 1996; prema Kalebić Maglica, 2010). Uvjerenja o ozbiljnosti problema javljaju se kao koncept u različitim teorijama, prvenstveno vezanim uz područje rizičnih zdravstvenih ponašanja, od kojih se ističu dva socijalno-kognitivna modela zdravstvenog ponašanja: Model uvjerenja vezanih uz zdravlje (HBM; „Health Belief Model“) (Rosenstock, 1974) i Teorija motivacije za zaštitom (PMT; „Protection Motivation Theory“) (Rogers, 1975; prema Milne, Sheeran i Orbill, 2000).

Prema *Modelu uvjerenja vezanih uz zdravlje*, percipirana ozbiljnost teškoća uz percipiranu ranjivost utječe na procjenu prijetnje koja motivira određeno ponašanje. Koje će to ponašanje biti ovisi o vjerovanjima o dostupnim mogućnostima, odnosno o analizi prednosti i nedostataka poduzimanja određenog ponašanja (Stanhope i Lancaster, 2000; prema Kalebić Maglica, 2010). *Teorija motivacije za zaštitom* pretpostavlja da se motivacija za zaštitom javlja kao rezultat dvaju procesa: procjene prijetnje i procjene načina suočavanja (Hogg i Vaughan, 2005; prema Kalebić Maglica, 2010). Kao i u prethodnom modelu, percipirana ozbiljnost teškoća jedan je od preduvjeta procjene prijetnje. Ako ne postoji vjerovanje u ozbiljnost određenog problema, pojedinac može smatrati da nema potrebe zamarati se ponašanjem usmjerenim prema njegovom rješavanju. Meta-analize navedenih modela pokazale su značajnu povezanost uvjerenja o ozbiljnosti teškoća i ponašanja (Milne i sur., 2000; Harrison, Mullen i Green, 1992).

Prepreke i poticaji pri traženju stručne podrške

Kod liječnika javlja se velik otpor (Chew-Graham, Rogers i Yassin, 2003) i intenzivan osjećaj anksioznosti vezan uz traženje stručne psihološke podrške (Garellick, 2012). Taj osjećaj djelomično se može objasniti brojnim preprekama s kojima se liječnici susreću. Kay, Mitchell, Clavarino i Doust (2008) napravili su pregled dostupne literature o pristupu liječnika zdravstvenoj skrbi i preprekama s kojima se pri tome susreću. Najčešće prepreke podijeli su u tri široke kategorije koje su vezane uz ulogu bolesnika, uz pružatelja usluga i uz organizaciju zdravstvenog sustava. Pokazano je da prepreke s

kojima se liječnici susreću odgovaraju preprekama s kojima se susreće i opća populacija, ali ipak postoje određene razlike.

Kao jedna od najčešćih prepreka vezanih uz ulogu bolesnika navodi se strah od stigmatizacije. Prema Clement i sur. (2015) stigmatizacija uključuje procese etiketiranja, izdvajanja, stereotipiziranja te ponašanje u skladu s predrasudama i diskriminaciju. U nekim istraživanjima umjesto ili uz pojam stigmatizacije navodi se osjećaj srama zbog traženja podrške. Istraživanje Davidsona i Schattnera (2003; prema Kay i sur., 2008) pokazalo je da čak 71% liječnika opisuje osjećaj srama kad odu na pregled kod drugog liječnika. Navedeni osjećaj doživljavaju kao rezultat zabrinutosti da će drugi liječnik procijeniti njegove simptome trivijalnim ili će smatrati da pretjerano reagiraju. Sram se može javiti i jer ne žele trošiti tuđe vrijeme, pogotovo ako se radi o blagim simptomima, ili ih je strah da su si postavili pogrešnu dijagnozu te da ih zbog toga kolege neće smatrati sposobnima (Kay i sur., 2008).

Osjećaj srama vezan je i uz strah da će pokazivanje ranjivosti okolina protumačiti kao priznavanje slabosti i nedostatka sposobnosti za obavljanje posla (Garelick, 2012). Prepreke u obliku kulturalnih uvjerenja najviše se odnose na uvjerenja o „nepobjedivosti“. Od trenutka kad preuzmu ulogu pružatelja pomoći, društvo očekuje da su liječnici nepobjedivi i njihovo ponašanje postaje gotovo herojsko, pri čemu nema mjesta za priznavanje i brigu o vlastitim ranjivostima (Garelick, 2012; Putnik i sur., 2011). Povezano s tom idejom, mnogi liječnici osjećaju pritisak od strane kolega i zajednice da budu zdravi ili barem da drže svoju bolest pod kontrolom, pri čemu se potiče visoka razina oslanjanja na sebe, samodijagnostika i samoliječenje (Montgomery, Bradley, Rochfort i Panagopoulou, 2011). Među ostalim osobnim čimbenicima koji se javljaju kao prepreka, a vezani su uz ulogu bolesnika izdvajaju se negativni stavovi prema traženju stručne podrške (Gulliver, Griffiths i Christensen, 2010) i sumnje u kvalitetu takve podrške (Kay i sur., 2008).

Prepreke vezne uz zdravstveni sustav (strukturne prepreke) mogu se shvatiti kao prepreke usko vezane uz organizaciju rada. Najizraženija prepreka u brojnim istraživanjima je nedostatak vremena zbog duljine radnog vremena i/ili smjenskog rada (Garelick, 2012; Kay i sur., 2008). Česta prepreka je i nepostojanje odgovarajućeg sustava podrške. U tom slučaju traženje podrške može biti dodatno otežano već navedenim

nedostatkom vremena, ali i financijskim ograničenjima, bilo da se radi o troškovima dolaska do mjesta pružanja podrške ako je ono udaljeno ili o troškovima tretmana ako on nije omogućen u sklopu sustava (Gulliver i sur., 2010; Kay i sur., 2008).

Jedna od najčešće navođenih prepreka koja proizlazi iz odnosa s pružateljem usluga je pitanje zaštite i povjerljivosti podataka. Liječnici u ulozi bolesnika nalaze se u specifičnoj situaciji, jer iako su upoznati sa zakonskim odrednicama čuvanja profesionalne tajne, također dobro poznaju svoju radnu okolinu, koliko strogo se te odrednice primjenjuju, kao i koliko je u stvarnosti očuvanje tajnosti podataka (ne)moguće (Kay i sur., 2008). Povezano s pitanjem povjerljivosti, ali i sa strahom od stigmatizacije, kao prepreka javlja se i strah da će traženje stručne pomoći imati negativne posljedice na karijeru (Chew-Graham i sur., 2003; Garelick, 2012). Taj strah posebno je izražen kod liječnika u manjim i ruralnim krajevima (Garelick, 2012), a može se javiti već za vrijeme studija, kada su osobe od kojih bi studenti trebali tražiti pomoć njihovi profesori i mentori (Chew-Graham i sur., 2003).

Iako je većina istraživanja usmjerena na prepreke s kojima se liječnici susreću, postoje i određeni poticaji koji mogu ubrzati proces traženja podrške. Najznačajniji poticaji vezani su uz intenzitet i izraženost problema, uključujući ozbiljnost izraženih simptoma, dulje trajanje poremećaja i prijašnja iskustva s liječenjem/primanjem stručne podrške (Gulliver i sur., 2010; Rickwood i Braithwaite, 1994). Ostali poticaji uključuju znanje, pozitivne stavove prema traženju stručne podrške, podršku okoline, laku dostupnost podrške, postojanje povjerenja u pružatelje usluga, vjerovanje da će ih iskustva s podrškom učiniti boljim liječnicima i općenito lakoća iznošenja vlastitih emocija (kao osobna karakteristika) (Chew-Graham i sur., 2003; Gulliver i sur., 2010).

Za potrebe ovog istraživanja važno je posebno istaknuti ulogu *znanja*. Znanje se u ovome slučaju odnosi na poznavanje temeljnih odrednica neke bolesti ili sindroma poput tipičnih znakova/simptoma, razvojnog procesa, rizičnih i zaštitnih faktora, načina liječenja te mogućih posljedica. U medicini, poznavanje glavnih obilježja bolesti nužan je uvjet za postavljanje pravilne dijagnoze i odgovarajućeg tretmana. U općoj populaciji, pogotovo kada se radi o poremećajima vezanim uz psihičko zdravlje, posjedovanje odgovarajućeg znanja o problemu i načinima liječenja povezano je s većom spremnošću na traženje podrške stručnjaka i većom spremnošću na priznavanje postojanja problema

(Rüsch, Evans-Lacko, Henderson, Flach i Thornicroft, 2011). Znanje se spominje i u ranije navedenom Modelu uvjerenja vezanih uz zdravlje kao jedan od modificirajućih čimbenika koji utječu na uvjerenja o ozbiljnosti nekog problema (Rosenstock, 1974). S druge strane, kada su liječnici u pitanju, pomalo paradoksalno, njihovo medicinsko znanje navodi se kao jedna od prepreka pri traženju stručne podrške. Naime, pokazalo se da je posjedovanje opširnijeg medicinskog znanja (znanja o tipičnim simptomima, njihovoj ozbiljnosti i načinima liječenja) povezano sa sklonosti normaliziranju simptoma, odnosno ignoriranju njihove važnosti (Kay i sur., 2008).

Navedeno predstavlja poseban problem kada se radi o poremećajima poput sindroma sagorijevanja. Jedna od njegovih odrednica je nespecifičnost znakova koji se javljaju u ranim fazama razvoja. Tjelesni znakovi, umor, razdražljivost i dr. lako se mogu promatrati kao izdvojeni problemi ili simptomi neke druge bolesti, a zbog svoje učestalosti u svakodnevnom životu, jasno je zašto bi ih liječnici mogli protumačiti kao beznačajne ili privremene smetnje. Time se potiče negiranje postojanja ozbiljnijeg problema, sve dok on ne počne ozbiljno narušavati funkcioniranje (Putnik i sur., 2011). Ako se sklonost zanemarivanju problema poveže bilo s kojom od navedenih prepreka, može doći do teških posljedica ne samo za liječnika, već i za cijelu okolinu.

Posljednjih godina primijećen je napredak u edukaciji i znanju mladih liječnika o stresu i njegovim posljedicama (Shapiro, Shapiro i Schwartz, 2011). Sličan trend može se vidjeti i u obrazovanju hrvatskih liječnika, gdje se unatrag nekoliko godina tema stresa uvela u neke od kolegija Medicinskog fakulteta u Zagrebu (primjerice Socijalna medicina, Psihološka medicina i Psihijatrija) (Medicinski fakultet u Zagrebu, 2018). Ovo istraživanje osmišljeno je s idejom dobivanja uvida u to kako anesteziolozi promatraju sindrom sagorijevanja, kao i utvrđivanja jesu li promjene u načinu edukacije mlađih generacija dovele do razlika u promatranim aspektima između mlađih i starijih liječnika.

CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE

Cilj

Cilj ovog istraživanja je ispitati znanje o sindromu sagorijevanja, uvjerenja o tome koliko je sindrom sagorijevanja ozbiljan problem, njegovu izraženost i spremnost na traženje podrške zbog njegovih znakova, kod liječnika specijalista i specijalizanata anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine zaposlenih u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice.

Kvantitativni dio istraživanja - problemi i hipoteze

1. Ispitati postoji li razlika u znanju o sindromu sagorijevanja između liječnika specijalista i specijalizanata anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine.

H1: *Očekuje da će specijalizanti pokazati višu razinu znanja od liječnika specijalista.*

2. Ispitati postoji li razlika u percepciji sindroma sagorijevanja kao ozbiljnog problema između liječnika specijalista i specijalizanata anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine.

H2: *Očekuje se da će specijalizanti smatrati sindrom sagorijevanja ozbiljnijim problemom od liječnika specijalista.*

Kvalitativni dio istraživanja - problemi

U postojećoj literaturi ne postoji puno podataka o ovoj temi, stoga su problemi kvalitativnog dijela istraživanja postavljeni eksploratorno. Kako postoji utvrđeni rizik za razvoj sindroma sagorijevanja kod anesteziologa, nastoji se detaljnije i dublje proučiti koliko često i na koji način su izloženi informacijama o tom sindromu te koliko vjeruju da je sindrom sagorijevanja ozbiljan problem. Također, želi se dobiti uvid u njihova osobna iskustva sa sindromom sagorijevanja i utvrditi izraženost i intenzitet različitih znakova sindroma kod pojedinih sudionika. Konačno, nastoji se utvrditi koji sve čimbenici utječu na spremnost na traženje podrške poput vrste doživljenih znakova (tjelesni, kognitivni, emocionalni i dr.) te poticaja i prepreka pri traženju podrške s kojima se sudionici susreću.

PROVEDBA ISTRAŽIVANJA

Sudionici

Istraživanje je provedeno na uzorku liječnika specijalista i specijalizanata anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine zaposlenih u Zavodu za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice u Zagrebu. Unutar KBC-a, Zavod djeluje samostalno, a njegovi djelatnici pokrivaju potrebe sviju operacijskih struka i dijagnostičkih postupaka te pružaju konzilijarne usluge u cijelom bolničkom centru (KBC Sestre milosrdnice, 2017). Djelatnost Zavoda organizirana je na dvjema lokacijama: Vinogradska (KBC Sestre Milosrdnice) i Draškovićeve (Klinika za traumatologiju). Iz organizacijskih razloga odabrani su sudionici koji rade na lokaciji Vinogradska.

U trenutku početka provedbe istraživanja na Zavodu su bila zaposlena 63 liječnika, od toga 31 specijalist i 32 specijalizanta anesteziologije. Od navedenog broja specijalizanata njih 17 bilo je aktivno uključeno u rad na lokaciji Vinogradska dok je preostalih 15 specijalizanata u tom trenutku bilo na drugoj lokaciji ili su bili odsutni zbog privatnih razloga (bolovanje, trudnoća i dr.). Od ukupnog broja zaposlenih liječnika, uz one koji su bili odsutni iz privatnih ili organizacijskih razloga, dio je za vrijeme provedbe istraživanja bio na godišnjem odmoru, a manjem dijelu njih nije se moglo pristupiti na radnom mjestu zbog ograničenja pojedinih odjela na kojima su radili. Unatoč tome, istraživanju je pristupilo ukupno 50 liječnika anesteziologa, a njih 17 sudjelovalo je u oba dijela. Sudionicima je očuvanje privatnosti bilo od iznimne važnosti, te je postignut dogovor o prikazu podataka na način koji osigurava anonimnost svakog sudionika. Iz tog razloga u nastavku je ukratko deskriptivno prikazan uzorak sudionika u oba dijela istraživanja.

Kvantitativnom dijelu istraživanja pristupilo je 35 anesteziologa. Dvoje specijalizanata ispunilo je upitnike nakon provedenog kvalitativnog dijela, a kako je postojala mogućnost da dio pitanja o sindromu sagorijevanja postavljenih tijekom razgovora utječe na rezultate kvantitativnog dijela, njihovi odgovori nisu uvršteni u daljnju analizu. Konačni uzorak čini 33 sudionika, od kojih je bilo 13 specijalista (tri muškarca i 10 žena) i 20 specijalizanata (osam muškaraca i 12 žena). Raspon dobi sudionika kreće se od 26 do 64 godine, a prosječna dob sudionika (M) iznosi 35.9 godina.

U prosjeku sudionici imaju 7.4 godina radnog staža u KBC Sestre milosrdnice, a raspon se kreće od nekoliko mjeseci do 27 godina. Prosjek ukupnog radnog staža sudionika iznosi 10.1 godinu. U braku je 12 sudionika, 10 sudionika je u vezi, osmero sudionika su samci, dvoje ih je razvedeno, a jedna sudionica je udovica. Ukupno 12 sudionika ima djecu.

U kvalitativnom dijelu istraživanja sudjelovala su ukupno 32 sudionika. Od njih 32, dvije sudionice, specijalistica i specijalizantica, nisu u potpunosti dovršile intervju. Specijalistica je morala prekinuti intervju zbog hitnog slučaja, a specijalizantica je tek započela sa specijalizacijom (prije manje od dva mjeseca), te je sama za većinu pitanja izjavila da ne zna odgovor jer nije još upoznata s poslom i kolegama. Njihovi odgovori izbačeni su iz ukupnih rezultata tako da konačni uzorak sudionika u kvalitativnom dijelu čini 30 liječnika anesteziologa, od čega je 16 specijalista (četiri muškarca i 12 žena) i 14 specijalizanata (šestero muškaraca i osam žena). Raspon dobi sudionika kreće se od 27 do 64 godine, a prosječna dob sudionika iznosi 39.1 godinu. Sudionici imaju u prosjeku 10.1 godina staža u KBC Sestre milosrdnice (raspon je od par mjeseci do 37 godina) te u prosjeku 13.5 godina ukupnog radnog staža. Troje sudionika nije se izjasnilo o bračnom statusu i imaju li djece, 12 sudionika je u braku, šestero ih je u vezi, sedmero su samci, jedna sudionica je razvedena, a jedna sudionica je udovica. Ukupno 12 sudionika ima djecu.

Može se primijetiti da su u cjelokupnom uzorku, u oba dijela istraživanja muškarci (pogotovo specijalisti) zastupljeni u manjoj mjeri od žena. Djelomično objašnjenje leži u općenito nešto većoj zastupljenosti žena u anesteziologiji kao specijalizaciji, a djelomično u manjoj spremnosti muškog dijela liječnika na sudjelovanje u ovakvoj vrsti istraživanja. Sadržajna analiza odgovora pokazala je da nema značajnih razlika između odgovora muškaraca i žena te su odgovori svih sudionika zadržani u obradi.

Mjerni instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja konstruirana su i korištena dva instrumenta: Upitnik o sindromu sagorijevanja namijenjen kvantitativnom dijelu i polustrukturirani intervju namijenjen kvalitativnom dijelu. Instrumenti se nalaze u Prilogu 1 (Upitnik o sindromu

sagorijevanja) i u Prilogu 2 (protokol intervjua i upute intervjueru), a u nastavku su opisana njihova osnovna obilježja.

Upitnik o sindromu sagorijevanja tematski je podijeljen u tri dijela: Upitnik o demografskim podacima, Test znanja o sindromu sagorijevanja i upitnik Uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu.

Test znanja o sindromu sagorijevanja ispituje poznavanje njegovih osnovnih obilježja. Kako je svrha Testa bila ispitati trenutnu razinu znanja o osnovnim obilježjima sindroma sagorijevanja, a sudionici nisu prethodno prolazili organiziranu edukaciju o toj temi, kao baza znanja koristili su se podaci iz aktualne literature (Ajduković i Ajduković, 1996; Maslach, 2003). Prije provedbe istraživanja, u suradnji s mentoricom napravljena je logička i sadržajna analiza čestica i odgovora. Pitanja u Testu znanja uključuju informacije o općim obilježjima sindroma sagorijevanja, o njegovom razvoju, tipičnim znakovima¹, zaštitnim i rizičnim faktorima te o načinima suočavanja, odnosno liječenju. Test se sastojao od ukupno 26 pitanja, od kojih je šest bilo u obliku pitanja s višestrukim odgovorima (u pitanjima je bilo naglašeno postoji li jedan točan odgovor ili je moguće više točnih odgovora), dok je preostalih 20 pitanja bilo u obliku tvrdnji za koje su sudionici trebali procijeniti jesu li točne ili ne. Ukupan rezultat računao se kao zbroj ostvarenih točnih odgovora, a raspon bodova kojeg su sudionici mogli ostvariti kretao se od 0 do 38.

Kako bi provjerili procjenu koliko je sindrom sagorijevanja ozbiljan problem, za ovu priliku konstruiran je *Upitnik uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu*. Upitnik sadrži sedam čestica kojima se nastojalo ispitati u kojoj mjeri sudionici smatraju da je sindrom sagorijevanja ozbiljan problem, točnije koliko ozbiljno može utjecati na različite dijelove privatnog i poslovnog života. Sudionici su na ljestvici od 1 („uopće se ne slažem“) do 5 („u potpunosti se slažem,“) trebali označiti koliko ozbiljnim smatraju svaki od navedenih utjecaja. Ukupni rezultat za svakog sudionika računao se kao aritmetička sredina odgovora na svim česticama. Unutrašnja pouzdanost ovog upitnika iznosi $\alpha = 0.824$.

¹ U materijalima namijenjenim sudionicima umjesto izraza „znakovi“ koristio se izraz „simptomi“ sindroma sagorijevanja budući da je liječnicima taj izraz bliskiji i lakše prihvatljiv.

U kvalitativnom dijelu istraživanja korišten je *polustrukturirani intervju* podijeljen u nekoliko tematskih dijelova. U uvodnom dijelu ispituju se demografske i profesionalne karakteristike sudionika, jednake kao i u kvantitativnom dijelu. Sljedeći skup pitanja odnosi se na sindrom sagorijevanja, a ispituje to kako sudionici dolaze do informacija o sindromu sagorijevanja, upoznatost s navedenim sindromom i percepciju koliko ozbiljan problem on predstavlja, zatim osobna iskustva te trenutnu izraženost različitih znakova sindroma sagorijevanja kod sudionika. Posljednji dio intervju uključuje pitanja koja se odnose na spremnost na traženje podrške i ispituje koji sve faktori djeluju kao poticaji i prepreke traženju pomoći, te kako izraženost pojedinih znakova sindroma sagorijevanja djeluje na spremnost na traženje pomoći.

Postupak

Istraživanje se provodilo od kraja svibnja do početka srpnja 2017. godine na radnom mjestu sudionika. Nekoliko dana prije početka provedbe autorica istraživanja je na jutarnjem sastanku Zavoda objasnila svrhu i način provedbe istraživanja. Svi liječnici koji su prisustvovali sastanku zamoljeni su za sudjelovanje u oba dijela istraživanja, kao i da proslijede informacije kolegama koji su taj dan bili odsutni. Nedugo nakon toga, liječnicima su dostavljeni Upitnici o sindromu sagorijevanja. Veći dio sudionika odmah je ispunio Upitnike, dok je ostatak sudionika Upitnike dostavio u narednih nekoliko tjedana. Drugi dio istraživanja sastojao se od polustrukturiranih intervju koji su se provodili individualno, također na radnom mjestu sudionika. Prije početka svi sudionici su još jednom upoznati sa svrhom istraživanja i detaljno im je objašnjen način osiguravanja privatnosti. Sudionici koji su pristali na intervju, a nisu ispunili Upitnik iz prvog dijela istraživanja, zamoljeni su za to prije provedbe intervju. Iz metodoloških razloga, bilo je važno osigurati da sudionici koji sudjeluju u oba dijela istraživanja prvo ispune Upitnik o sindromu sagorijevanja, a zatim prođu kroz intervju kako pitanja iz kvalitativnog dijela ne bi mogla utjecati na njihove odgovore u kvantitativnom dijelu istraživanja. Većina sudionika (N=23) dala je usmeni pristanak na snimanje razgovora, dok su kod sudionika koji na to nisu pristali odgovori bilježeni rukom. Nakon provedenih intervju napravljene su transkripte i zabilježeni odgovori prepisani su u računalu. Prosječno trajanje intervju iznosilo je 25 minuta, dok je raspon bio od 17 do 57 minuta. Sve intervju provodila je autorica istraživanja.

REZULTATI

Kvantitativni dio istraživanja

Za obradu rezultata korišten je statistički paket SPSS. Prije obrade podataka, provjerena je normalnost distribucija rezultata na Testu znanja o sindromu sagorijevanja i na upitniku Uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu. U tu svrhu korišten je Kolmogorov-Smirnovljev test. Test je pokazao da ne postoji značajno odstupanje od normalne distribucije za cijeli uzorak na navedenim ljestvicama, kao ni za poduzorke specijalista i specijalizanata (rezultati su prikazani u Prilogu 3).

Osim normaliteta distribucija napravljena je i provjera homogenosti varijanci, a u tu svrhu korišten je Levenov test. Rezultati su pokazali da ne postoji značajno odstupanje između poduzoraka specijalista i specijalizanata na Testu znanja, kao ni na upitniku Uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu (rezultati su također prikazani u Prilogu 3). Dobiveni rezultati opravdavaju korištenje parametrijskih statističkih postupaka.

Za provjeru postavljenih hipoteza korišten je t-test za nezavisne uzorke. Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1

Deskriptivni podaci i prikaz značajnosti razlika između specijalista i specijalizanata na Testu znanja o sindromu sagorijevanja i na upitniku Uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu

Upitnik	Skupina	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Znanje	Specijalisti	13	29.38	3.43	1.059	31	.298
	Specijalizanti	20	30.55	2.86			
	Svi	33	30.09	3.1			
Uvjerenja o ozbiljnosti	Specijalisti	13	4.47	0.53	.728	31	.472
	Specijalizanti	20	4.58	0.38			
	Svi	33	4.53	0.43			

Legenda: *N* - broj sudionika, *M* - aritmetička sredina, *SD* - standardna devijacija, *t* - vrijednost t-testa, *df* - stupnjevi slobode, *p* - razina statističke značajnosti za rezultate t-testa

Dobiveni rezultati nisu potvrdili postavljene hipoteze. Nije pronađena statistički značajna razlika ($p > 0.05$) između rezultata specijalista i specijalizanata na Testu znanja o sindromu sagorijevanja, kao ni na upitniku Uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu.

Kvalitativni dio istraživanja

Provedena je jednostavna sadržajna analiza odgovora zabilježenih u intervjuima, a odgovori su kategorizirani prema postavljenim problemima istraživanja. Radi lakšeg pregleda rezultata kada se govori o rezultatima cijelog uzorka spominjat će se izraz sudionici, a kada se žele naglasiti razlike između liječnika specijalista i specijalizanata koristit će se ti pojmovi. U skladu s osiguravanjem privatnosti sudionika u citatima će biti naznačeno spol sudionika, radi li se o specijalistu ili specijalizantu te ako se radi o specijalistu bit će naznačeno i koje je dobi (mlađi = između 35 i 44 godine; stariji = između 45 i 64 godine).

Izloženost informacijama o sindromu sagorijevanja

Preko dvije trećine sudionika često je izloženo pojmovima stres/profesionalni stres/stres na radu. Otprilike trećina procjenjuje da su tim pojmovima izloženi svakodnevno. Može se primijetiti trend da su specijalizanti skloniji razgovarati o stresu na radnom mjestu, s obzirom na to da ih skoro polovica pripada u skupinu koja o stresu priča svakodnevno. Iako je broj sudionika koji smatra da se o stresu na poslu uopće ne govori nešto manji, važno je naglasiti da tu skupinu čine gotovo isključivo specijalisti.

„Često se priča, svi su pod stresom.“ (mlađi specijalist)

„Mislim da se ponekad malo previše napuhuje (...) ali generalno da, te (naše) kave su stalno nekakvo tužakanje.“ (specijalizantica)

Iako je većina sudionika često izložena informacijama o stresu, samo četvero (dvoje specijalista i dvoje specijalizanata) smatra da su dovoljno upoznati sa sindromom sagorijevanja. Skoro dvije trećine sudionika navodi djelomičnu upoznatost, odnosno poznavanje samo nekih općih obilježja. Svoje znanje temelje na informacijama iz međusobnih razgovora, informacijama iz medija i temeljem osobnih iskustava.

„Vrlo dobro, više osobna iskustva i malo kroz internet i to. Slučajno naletiš na internetu pa pročitaš, malo pričaš s drugima. Priča se među specijalizantima, nećemo se žaliti šefu ili specijalistima, više se to svede na nekakvo jadanje na kavama.“ (specijalizantica)

„Pročitam ponekad nešto, ali nisam imala potrebu detaljnije istraživati. (mlađa specijalistica)

Manje od trećine sudionika prošlo je kroz neki oblik stručne edukacije o profesionalnom stresu i/ili sindromu sagorijevanja, od toga samo dvoje specijalista. Jedna specijalistica imala je organiziranu podršku na prethodnom radnom mjestu, dok je druga prisustvovala organiziranom predavanju na tu temu. Specijalizanti se nalaze u nešto boljoj situaciji. U sklopu poslijediplomskog studija, na petoj godini, imaju organizirana predavanja na ovu temu. U ovom istraživanju kroz tu edukaciju prošla je skoro polovica specijalizanata koji redom izjavljuju da sadržaj nije bio koristan i praktično primjenjiv, odnosno da ga se ne sjećaju. Tijekom razgovora navode nedostatak praktičnih savjeta i tehnika za svakodnevni rad. Od mlađih specijalizanata, polovica navodi da se susrela s pojmom sagorijevanja kroz kolegije u sklopu studija, međutim i oni naglašavaju da sadržaj tih predavanja nije bio upečatljiv niti koristan.

„Sad smo bili na Štamparu na postdiplomskom, čak je i jedna docentica držala predavanje o stresu na poslu, o bolesti anesteziologa, nisam baš puno zapamtila. Nekakve simptome da znam nabrojati, ne znam, ništa konkretno.“ (specijalizantica)

„U sklopu psihijatrije (tijekom studija) smo spominjali kao stres na poslu, to nije dobro, to bi trebalo izbjegavati, ajmo na novu temu.“ (specijalizant)

Uvjerjenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu

Velika većina sudionika vjeruje da sindrom sagorijevanja može predstavljati ozbiljan problem. Pri tome dvije trećine sudionika smatra da može imati veoma ozbiljne posljedice, dok manji dio smatra da nije zanemariv, ali da trenutno postoje puno važniji problemi.

„Ozbiljan je problem zato jer se ne znamo nositi s njim, znamo dosta ali ništa od toga nije konstruktivno.“ (specijalizantica)

„Pa je, dosta ozbiljan, samo što se ne spominje svaki dan, nego se skuplja dok netko ne eksplodira i onda vidimo da je to zapravo vrijeme za godišnje.“ (mlađa specijalistica)

Svi sudionici svjesni su izvora stresa na poslu te smatraju da su anesteziolozi kao struka izloženi riziku za razvoj kroničnog stresa i sindroma sagorijevanja. Kao izvore stresa izdvajaju naporna dežurstva, osnovnu razinu stresa zbog same prirode posla, organizacijske probleme i međuljudske odnose, točnije lošu komunikaciju s kolegama.

„Svakodnevni posao, svakodnevna operacija, kad vi dajete pacijentu lijek da zaspe i da prestane disati, trenutak kad trebate intubirati i spojiti ga na aparat da može disati, ako to ne uspijete (...) taj pacijent može biti mrtav. To je bazalna razina stresa, da se ništa ne dešava, teško, ali na to smo navikli.“ (starija specijalistica)

„Tu pucamo svi po šavovima. Ponekad padnu teške riječi među kolegama, bude svega (...) zbog loše komunikacije, zbog loše organizacije službe, kako naše tako i njihove (kirurške službe).“ (mlađi specijalist)

Većina specijalista naglašava da je cijela struka podjednako ugrožena, a ako bi morali izdvojiti, trećina ipak izdvaja mlađe kolege (mlađe specijaliste i specijalizante). Polovica specijalizanta kao najugroženiju skupinu izdvaja mlade specijaliste, s tek položenim specijalistički ispitom, prvenstveno zbog velike odgovornosti koju odjednom dobiju te zbog povećanja radne satnice.

„Najviše kod mladih specijalista koji su prije godinu-dvije položili ispit, dođe ti faza života kada sve moraš znati i moći, i moraš ostati, na tebe se uvijek računa, nemaš privatnog života. Čini mi se da su oni baš pod stresom.“ (specijalizantica)

„Mislim da bi bili (pod rizikom) mlađi, savjesni, idealisti, koji u jednom trenutku vide da sami ne mogu pokretati dalje i dalje. Do neke mjere možeš, ali onda više ne možeš. Mislim i da su stariji kolege bili u nekom trenutku idealisti, ali onda su s vremenom malo olabavili.“ (mlađa specijalistica)

Osobna iskustva sa sindromom sagorijevanja

Skoro dvije trećine specijalista navodi da su imali osobna iskustva sa sindromom sagorijevanja. Epizode koje spominju trajale su od dva mjeseca do nekoliko godina. Najčešći znakovi navedenih epizoda su osjećaj iscrpljenosti, tjelesni i psihički umor, smanjena tolerancija, teške psihosomatske tegobe i druge promjene u ponašanju. Sudionici dodatno u tim razdobljima navode teškoće u komunikaciji s kolegama i bolesnicima, te narušene obiteljske odnose. Većina sudionika navodi da ih je intenzitet

znakova potaknuo na neke životne promjene. Skoro polovica je promijenila radno mjesto, točnije maknula se iz okruženja ljudi za koje smatraju da su bili izvor stresa, dok su ostali smanjili opseg posla i naučili bolje se nositi s njegovim zahtjevima.

„Svaki nekoliko godina upadnem u takvu fazu, primijetim da sam umornija (...) nemam volje, motivacije, sve se teško odrađuje, općeniti stav je "ne da mi se". Ja uvijek imam previše pacijenata, ali u tim fazama mi je jako teško odraditi sve to, jedva preživim.“ (mlađa specijalistica)

„Zaboraviš koji je dan, datum. Nakon dežurstava kad ne moram raditi, budim se i imam osjećaj da kasnim na posao (...) lako planem, narušen je osobni život, obitelj pati, nemam vremena posvetiti se djeci koliko bi trebao. Jako ozbiljan problem. (...) S godinama sam se valjda naučio nositi s time.“ (mlađi specijalist)

Nitko od specijalizanata nema iskustva s potpuno razvijenom epizodom sindroma sagorijevanja, ali njih četvero izjavljuje da su imali osobna iskustva s jače izraženim znakovima tog sindroma. Dvoje ih navodi da se znakovi javljaju povremeno, a dvoje ih povezuje sa specifičnim razdobljima u kojima su osjećali veliki pritisak na poslu.

„Ravnodušnost prema svemu, prema obitelji. Dođete doma i prazni ste. (...). Nezainteresiranost, moglo bi se reći da je to prava depresija s poremećajem prehrane (i povećan i smanjen apetit), problemi sa spavanjem, problemi s menstrualnim ciklusom... Pacijenti tu nikad ne pate, više obitelj strada, ponekad i kolege. Trudim se ne ispoljavati na drugima.“ (specijalizantica)

Izraženost znakova sindroma sagorijevanja

Velika većina sudionika izvještava o prisutnosti znakova koji odgovaraju dimenziji emocionalne iscrpljenosti, a nešto manje i o znakovima depersonalizacije. Skoro nitko od sudionika ne ističe jako izražene znakove vezane uz smanjeno osobno postignuće. Pojačan intenzitet većine znakova sudionici primjećuju nakon dežurstava. Specijalisti su češće zastupljeni u skoro svim skupinama znakova, osim u slučaju povećane napetosti, razdražljivosti i depresivnosti koje su podjednako izražene kod obje skupine. U nastavku su detaljnije opisani doživljeni znakovi.

Gotovo svi sudionici osjećaju tjelesnu i emocionalnu iscrpljenost, pri čemu ih većina doživljava vrlo često. Česti su i tjelesni znakovi, kao i poremećaji u prehrani i

spavanju, koji se javljaju kod dvije trećine specijalista i polovice specijalizanata. Najčešći tjelesni znakovi su glavobolja, bolovi u vratu i leđima, dok specijalisti dodatno navode probleme s tlakom. Poremećaji u prehrani uključuju promjene u apetitu i povećanu želju za slatkim, a poremećaji u spavanju poteškoće s uspavljivanjem i često buđenje. Polovica specijalista i trećina specijalizanata primjećuje veću konzumaciju kave i cigareta kad su pod stresom.

„Ponekad (se osjećam) loše, više ta fizička iscrpljenost, ispražnjenost. Treba mi sat vremena ili da odspavam ili da ne budem s ljudima, i onda sam ok.“ (specijalizant)

„Kad je težak pacijent ne znaš što bi, jesi nešto krivo, onda znam manje jesti i malo se prevrtati po noći, to su ti pacijenti u intenzivnoj, neke prorađuješ danima.“ (mlađa specijalistica)

Dvije trećine sudionika navodi da su povremeno više napeti i razdražljivi te primjećuju da nisu takvi samo na poslu, već i u obitelji. Polovica sudionika tvrdi da se zbog posla ponekad osjećaju depresivno.

„Ponekad, nakon posla, i dalje sam u tom filmu, nabrijana na nešto ili nekoga što je bilo na poslu, znam biti baš netrpeljiva.“ (specijalizantica)

„Ponekad (se osjećam depresivno), nakupi se dosta toga, primjerice odeš van s društvom i vidiš da oni vode jedan normalan život skroz drugačiji od tvoje svakodnevice.“ (starija specijalistica)

Promjene, odnosno poteškoće u komunikaciji primjećuje dvije trećine specijalista i polovice specijalizanata. Sudionici navode da im je ponekad teško komunicirati s bolesnicima, kolegama i obitelji. Također dio sudionika primjećuje da se kada im je teško, udaljavaju od prijatelja i društva.

„S nekim kolegama uopće ne komuniciram, s nekima mi je izrazito teško, ali se nastojim maksimalno kontrolirati. (...) Izvan posla, imam totalnu tupu nezainteresiranost, pokrij se preko glave i depra, neću pričati, neću izlaziti, ne zanimaju me tvoji problemi pa do toga da se ne mogu koncentrirati na njihove probleme. Mislim da sam svjesna svega.“ (starija specijalistica)

„Da, da, moj posao je zapravo super, oni koji meni smetaju su moja obitelj. Ova rečenica koju sam rekla je dovoljna, ne treba mi cijeli intervju.“ (mlađa specijalistica)

Osim poteškoća u komunikaciji, otprilike polovica sudionika navodi da povremeno primjećuju hladnoću u odnosu prema bolesnicima i osjećaj da im idu na živce. Najčešće su to bolesnici koji pokazuju ekstremna ponašanja (nesuradljivi, pijani ili agresivni bolesnici) i oni koji previše pričaju. Većina sudionika, kad primijeti takvo ponašanje, trudi se promijeniti ga. Samo manji broj sudionika tvrdi da im se s vremenom smanjila razina suosjećanja prema bolesnicima.

„Da, apsolutno, oni koji imaju sto pitanja i ti im govoriš jedno, a oni ne slušaju i idu svojom nekom stranom, više neki pričljivi i agresivni. Najčešće mi se to dogodi u ambulanti kad imam po trideset pacijenata i nakon petog, šestog shvatim da nisam u redu i malo se potrudim više da ipak ne budem cijeli dan takav. Odem zapaliti prije toga.“
(specijalizant)

Sudionici su zadovoljni kvalitetom usluge koju pružaju i smatraju da rade u najboljem interesu za bolesnike. Mali broj sudionika, većinom specijalizanata, smatra da mogu biti bolji, ali su zadovoljni s obzirom na znanje i iskustvo koje imaju. Skoro svi sudionici izjavljuju da imaju dovoljno samopouzdanja pri obavljanju posla.

„Ja se trudim, i dalje ponekad griješiš, manje su to greške - padne ti nešto, ili ne ispunim administraciju kad sam opterećena. Ono najvažnije, životno ugrožavajuće, presudno za život pacijenta se ne smije zanemariti, to je meni osobno najvažnije i tu nema popuštanja.“ (mlađa specijalistica)

Spremnost na traženje stručne podrške

Na pitanje treba li im u ovom trenutku stručna podrška i/ili pomoć za nošenje sa znakovima sindroma sagorijevanja koje su naveli, samo šestero sudionika (četvero specijalista i dva specijalizanta) odgovara potvrdno. Ipak i među njima, većina smatra da se trenutno mogu sami nositi s izraženim znakovima. Preostali sudionici smatraju da im trenutno takav oblik podrške nije potreban, a velika većina uz to naglašava da bi se znakovi trebali drastično pogoršati kako bi počeli razmišljati o nekom obliku podrške.

„I da i ne. Kad je stres somatski najizraženiji, onda uzmem leksaurin koji simptomatiku makne. Ove naše support interne grupe pomažu. Da bi mi s vremena na vrijeme dobro došao neki stručni savjet kako smanjiti tenzije u sebi i koji bi mi dao savjet

kako smanjiti tenzije u komunikaciji s nekim pojedincima, da, dobro bi mi došao. “ (starija specijalistica)

Znakovi sindroma sagorijevanja koji bi potaknuli sudionike na razmišljanje o traženju podrške mogu se podijeliti u četiri kategorije: narušeni međuljudski odnosi, neuobičajeno burne reakcije (napetost i razdražljivost), depresivno raspoloženje i manjak motivacije te izraženi tjelesni znakovi koje ne mogu sami liječiti. Razlika između specijalista i specijalizanta vidljiva je jedino u kategoriji narušenih odnosa gdje su specijalizanti zastupljeniji.

„Vjerojatno da emocionalno reagiram, da se izderem na nekoga, da me netko rasplače, zvuči ful drastično. “ (mlađi specijalist)

„Kad bi krenulo to da mi se ne da ići na posao, da se s grčem budim, da postanem hladna prema pacijentima, da više nisam ovakva, tu bi mi trebao godišnji, tu bi skužila da nešto ne štima. “ (mlađa specijalistica)

„Da apsolutno ne mogu komunicirati s pacijentima, s kolegama, a da sam doma lud i razdražljiv, onda bi (potražio podršku). “ (specijalizant)

Glavni izvori podrške kojima bi se sudionici obratili su stručnjaci (psiholog, psihijatar), oni sami (zato jer su liječnici) te obitelj i prijatelji. Specijalisti su nešto skloniji traženju podrške obitelji i prijatelja, dok su specijalizanti spremniji tražiti podršku stručnjaka. Obje skupine podjednako smatraju da bi izražene znakove mogli sami liječiti. Manji dio sudionika, većinom specijalista, naglašava da ne zna gdje bi mogli potražiti podršku. U sklopu bolnice ne postoji organizirana stručna podrška.

„Uzela bih bolovanje, možda bi otišla kod nekog psihijatra. Možda bi mogli (svi) češće ići na takve razgovore. “ (specijalizantica)

„Prvo bi se probala sama liječiti kao i svi mi, a onda dalje ne znam što bi. Za neku psihološku pomoć ne znam gdje se to ide. “ (mlađa specijalistica)

Poticaji i prepreke pri traženju stručne podrške

Kao najčešće prepreke pri traženju stručne podrške za znakove sindroma sagorijevanja sudionici navode nedostupnost podrške, nedostatak vremena, neznanje o

dostupnim oblicima podrške, oslanjanje na sebe i strah od stigmatizacije (frekvencije prepeka prikazane su u Prilogu 4). Specijalisti u većoj mjeri smatraju da ne posjeduju dovoljno znanja o dostupnim oblicima podrške, dok specijalizanti češće ističu strah od stigmatizacije kao i osjećaj srama zbog traženja podrške koji je također zastupljen, ali u nešto manjoj mjeri. Ostale prepreke podjednako su zastupljene kod obje skupine sudionika.

„Pokušao bih sam prvo, imam taj stil meni nitko ne treba.“ (stariji specijalist)

„Naučeni smo da uvijek možemo više izdržati, nitko te ne potiče da se obratiš nekome, ti to moraš izdržati. A i ovisi tko je ta osoba, da li bi došla u kontakt s mojim nadređenima. Premalo se priča o tome.“ (specijalizantica)

„Ne znam sama procijeniti, što ja znam kad trebam ići, a ne znam ni kod koga bih išla.“ (mlađa specijalistica)

Kao najvažniji poticaj za traženje stručne podrške kojeg je navelo preko dvije trećine sudionika ističe se ozbiljnost problema, bilo da su oni sami primijetili ili je netko iz njihove okoline primijetio da su se znakovi pogoršali. Odmah nakon njega po učestalosti odgovora slijede pozitivna iskustva/ stavovi prema takvom obliku podrške (frekvencije poticaja prikazane su u Prilogu 4). Specijalisti i specijalizanti u podjednakoj mjeri navode ove poticaje.

„Potaknula bi me simptomatologija koju ne bi sama uspjela razriješiti dulje od dva tjedna (mogu biti depresivna, aritmična...).“ (starija specijalistica)

„Ideja da bi takva vrsta podrške pomogla, da bi bilo lakše kasnije nositi se s takvim danima i lakše bi bilo komunicirati s kolegama.“ (mlađi specijalist)

RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je dobiti detaljan uvid u odrednice sindroma sagorijevanja kod liječnika anesteziologa koje uključuju znanje, uvjerenja o tome koliko je sindrom sagorijevanja ozbiljan problem i spremnost na traženje (stručne) podrške zbog pojave njegovih znakova. Također, nastojao se dobiti uvid u moguće razlike između specijalista i specijalizanata anesteziologije. S obzirom na neistraženost teme i kako bi dobili što detaljnije podatke korištena je kombinacija kvalitativne i kvantitativne metodologije.

Sudionici izjavljuju da se vrlo često susreću s pojmovima vezanim uz stres na radu i sindrom sagorijevanja, pri čemu su specijalizanti skloniji svakodnevno pričati o stresu kojeg doživljavaju. Studije pokazuju da su liječnici još od studentskih dana svjesni da odabir karijere u medicini doprinosi budućim razinama stresa (Chew-Graham i sur., 2003), kao i da se njihovo poznavanje učinaka stresa povećalo u odnosu na prijašnje generacije (Shapiro i sur., 2000). Ako se tim nalazima pridoda učestalost spominjanja stresa/sindroma sagorijevanja u medijima i svakodnevnom životu, ovakvi nalazi ne iznenađuju.

Velika većina sudionika usmeno izjavljuje da su djelomično upoznati s obilježjima sindroma sagorijevanja. Svoje znanje temelje na podacima dobivenim iz međusobnih razgovora, informacijama iz medija te na osobnim iskustvima. Manji broj sudionika, uglavnom specijalizanata, prošao je kroz formalnu edukaciju vezanu uz stres na radu i/ili sindrom sagorijevanja. Oni redom izjavljuju da sadržaj tih predavanja nije bio upečatljiv niti da su dobili korisne tehnike za svakodnevnu primjenu. Važnost postojanja kvalitetnih treninga i edukacija na temu upravljanja stresom potvrdili su Shapiro i sur. (2000) u pregledu istraživanja o takvim edukacijama koje su polazili studenti medicine i specijalizanti. Autori ističu veliko zadovoljstvo sudionika provedenim programima, a utvrđene su i brojne dobrobiti poput većeg znanja o učincima stresa, korištenja učinkovitijih načina suočavanja, smanjene prevalencije depresivnosti i anksioznosti te općenito boljeg svakodnevnog funkcioniranja. Nedostatak edukacije kod specijalista i potreba za kvalitetnijom i praktičnijom edukacijom specijalizanata u ovom uzorku upućuje na potrebu za evaluacijom i promjenom dosadašnjeg načina obrazovanja o ovoj temi.

U kvantitativnom dijelu istraživanja nije pronađena statistički značajna razlika u znanju o sindromu sagorijevanja između specijalista i specijalizanata. Prema postavljenoj hipotezi očekivalo se da će specijalizanti pokazati veću razinu znanja pod pretpostavkom da će tijekom svog školovanja biti u većoj mjeri izloženi informacijama o tom sindromu u odnosu na specijaliste, koji su se školovali u vrijeme dok su se još definirali konceptualni okviri sindroma sagorijevanja i istraživala njegova osnovna obilježja. Ako se uzme u obzir slab učinak predavanja koje su specijalizanti prošli i podatak da je dvije trećine specijalista opisalo osobna iskustva sa sindromom sagorijevanja, što neminovno doprinosi poznavanju njegovih obilježja, ne iznenađuje što nije pronađena razlika u znanju između te dvije skupine.

Zbog metodoloških nedostataka Testa znanja koji će detaljnije biti opisani kasnije u tekstu, ne mogu se izvoditi zaključci o ukupnoj razini znanja sudionika, ali važno je spomenuti podatak da je preko polovice sudionika ostvarilo više od 80% točnih odgovora. Čak i uz oprez pri interpretaciji ovaj rezultat nije u potpunosti u skladu sa samoprocjenama sudionika dobivenih usmenim putem, gdje je velika većina izjavila da smatraju da su upoznati samo s osnovnim obilježjima sindroma sagorijevanja. Pitanje koje se otvara je, ako se uzme u obzir poprilična nespecifičnost znakova koji se vežu uz prve stadije razvoja sindroma sagorijevanja, koliko zapravo sudionici poznaju (mogu prepoznati) sindrom u cjelini, a koliko su rezultati dobiveni zahvaljujući opširnom medicinskom znanju o pojedinim znakovima koji se vežu uz taj sindrom (nevezano s kontekstom sindroma sagorijevanja).

Kako bismo pokušali barem djelomično odgovoriti na to pitanje, napravljena je dodatna statistička i sadržajna analiza kojom je izdvojeno osam pitanja na Testu znanja s najmanje točnih odgovora. Rezultati analize prikazani su u Prilogu 5. Tih osam čestica je sadržajno analizirano i među njima su izdvojene najzanimljivije. Izdvojene čestice ukazuju na trend prema kojem su sudionici značajno manje upoznati s dijelom znakova psihološke prirode poput razvoja negativnih stavova prema bolesnicima, smanjenog samopouzdanja i postupnog pretvaranja u hladnu i nebrižnu osobu. Također, manje su upoznati i s obilježjima razvoja sindroma sagorijevanja poput toga da u ranijim stadijima razvoja promjene prvo primijeti okolina, ali i da je jedan od krajnjih ishoda koji se može javiti promjena posla. Sudionici su manje upoznati i s informacijom da je natjecateljska

atmosfera među kolegama rizičan faktor za razvoj sindroma sagorijevanja. Dobiveni rezultati idu u prilog hipotezi da je znanje sudionika o sindromu sagorijevanja većinom temeljeno na medicinskom znanju, u odnosu na poznavanje sindroma u cjelini. S obzirom da su izdvojeni znakovi i obilježja dio njihove svakodnevnice i po prirodi takvi da se njihova važnost može lako umanjiti, odnosno normalizirati, još jednom se ističe potreba za kvalitetnom edukacijom.

Skoro svi sudionici usmeno izjavljuju da sindrom sagorijevanja može predstavljati ozbiljan problem, pri čemu velika većina naglašava da može imati ozbiljne posljedice. Taj rezultat je potvrđen i u kvantitativnom dijelu istraživanja gdje je su sudionici ostvarili visok rezultat ($M=4.53$) na skali Uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu. Nije pronađena statistički značajna razlika u uvjerenjima o između specijalista i specijalizanata anesteziologije, a takva razlika nije utvrđena ni analizom odgovora iz intervjua. Kao i u slučaju znanja, postavljena je hipoteza da će specijalizanti smatrati da se radi o ozbiljnijem problemu od specijalista. Hipoteza se temeljila na pretpostavci o većoj izloženosti informacijama o sindromu sagorijevanja za vrijeme školovanja što bi trebalo dovesti do boljeg poznavanja njegovih temeljnih obilježja i mogućih posljedica, a time i procjeni veće ozbiljnosti problema. Kao što se pokazalo, upitna kvaliteta dobivene edukacije i visoka izraženost osobnih iskustava specijalista i u ovom slučaju mogle su doprinijeti nepostojanju razlike između te dvije skupine.

Svi sudionici samostalno prepoznaju izvore stresa na poslu i smatraju da je anesteziologija među specijalizacijama koje su pod većim rizikom za razvoj sindroma sagorijevanja. Kao najčešći izvori stresa spominju se dežurstva, stresna priroda posla, organizacija rada i odnosi s kolegama. Ovaj nalaz u potpunosti odgovara podacima iz literature koji anesteziologiju uvrštavaju u skupinu specijalizacija s visokim rizikom, prvenstveno zbog načina organizacije rada i obilježja posla (Nyssen i Hansez, 2008). Sudionici također izdvajaju mlađe kolege, prvenstveno mlađe specijaliste, kao skupinu koja je i među njima pod najvećim rizikom. Ovaj nalaza odgovara rezultatima Peisaha, Latifa, Wilhema i Williamsa (2009) koji su pokazali da su mlađi liječnici pod većim rizikom, jer su njihovi stariji kolege na temelju vlastitih iskustava sa sindromom sagorijevanja već razvili strategije suočavanja i brige o sebi, naučili učinkovitije postavljati granice te imaju više iskustva i samopouzdanja prilikom obavljanja posla.

Kao što je već spomenuto, dvije trećine specijalista navodi osobno iskustvo sa sindromom sagorijevanja. Opisuju tipične znakove poput emocionalne i tjelesne iscrpljenosti, narušenih međuljudskih odnosa, promjena u ponašanju, psihosomatskih simptoma i dr. Također navode da su zbog navedenih znakova morali napraviti veće životne promjene uključujući promjenu radnog mjesta, smanjivanje opsega posla i učenje novih tehnika nošenja sa zahtjevima posla. Sve navedene promjene odgovaraju tipičnim posljedicama sindroma sagorijevanja (Maslach, 2003; Ajduković i Ajduković, 1996) i ne samo da potvrđuju visoku prevalenciju znakova sindroma sagorijevanja kod anesteziologa, nego i pokazuju o koliko ozbiljnom problemu se radi.

Promatrajući trenutno stanje, velika većina sudionika izražava znakove vezane uz dimenziju iscrpljenosti, kako emocionalne tako i tjelesne. Maslach (2003) navodi da se ova dimenzija odnosi na individualne reakcije na stres, koje su kod sudionika vidljive u obliku (kroničnog) umora, tjelesnih znakova, poremećaja u prehrani i spavanju, te povećanoj konzumaciji kave i cigareta. Uz njih najzastupljenija je povećana napetost i razdražljivost kao i depresivnost. Vezano uz dimenziju depersonalizacije najviše se ističu poteškoće u komunikaciji s okolinom, te povremeno hladan odnos prema bolesnicima. Svakako je pozitivan nalaz da sudionici ne izvještavaju o značajnom padu samopouzdanja i kvalitete rada, kao i da jako mali broj sudionika primjećuje pad u razini suosjećanja prema bolesnicima. On upućuje na to da sudionici nisu u potpunosti razvili znakove na svim dimenzijama sindroma sagorijevanja i da uz pravilan pristup postoji prostor za zaustavljanje njegovog razvoja.

Velika većina sudionika smatra da im trenutno nije potrebna podrška za nošenje sa znakovima sindroma sagorijevanja koje pokazuju, dok samo manji broj smatra da bi im podrška u ovom trenutku dobro došla. Općenito, trendovi koji se mogu primijetiti kod sudionika su tendencija oslanjanja na sebe i spremnost na traženje podrške tek kada se znakovi drastično pogoršaju. Oslanjanje na sebe vidljivo je kod sudionika koji su izjavili da bi im u ovom trenutku podrška dobro došla, ali i dalje smatraju da se mogu sami nositi s izraženim znakovima, prisutno je kao jedan od mogućih izvora podrške (uz stručnjake i obitelj/prijatelje) te se izdvaja kao jedna od glavnih prepreka pri traženju stručne podrške. Ovakav nalaz u potpunosti odgovara kulturi koja promovira ideju da liječnici moraju biti nepobjedivi (Stanton i Randall, 2011) te već od studentskih dana potiče

oslanjanje na sebe. Studije su pokazale da se samodijagnosticiranju i samoliječenju blažih i ozbiljnijih simptoma okreće više od polovice liječnika (Montgomery i sur., 2011), što je potvrđeno i na ovom uzorku.

Među sudionicima koji su izjavili da im podrška u ovom trenutku nije potrebna, velika većina naglašava da bi se ti znakovi trebali drastično pogoršati da bi je potražili, a ozbiljnost problema navodi se i kao najčešći poticaj za traženje stručne podrške. Sudionici bi podršku tražili zbog narušenih međuljudskih odnosa, neuobičajeno burnih reakcija, depresivnosti i manjka motivacije te tjelesnih znakova koje ne mogu sami liječiti. U jednom istraživanju procesa koji dovode do traženja stručne podrške zbog znakova sindroma sagorijevanja, sudionici su prvi oblik pomoći/podrške potražili kod svojih liječnika, prvenstveno zbog izraženih tjelesnih smetnji, unatoč postojanju jasnih psiholoških znakova (Putnik i sur., 2011). Sličan način razmišljanja može se vidjeti i kod sudionika ovog istraživanja, uz dodatan čimbenik da su oni sami ti liječnici kojima će se prvo obratiti. Vanjska podrška traži se u trenutku kada izraženi znakovi ozbiljno narušavaju svakodnevno funkcioniranje, a kao što je već navedeno, u slučaju sindroma sagorijevanja to je obično znak da je u posljednjih fazama razvoja i da pogođene osobe čeka dug i zahtjevan put prema oporavku (Ajduković i Ajduković, 1996).

Zanimljiv je i nalaz da osim sebe samih, sudionici kao glavne izvore podrške navode stručnjake (psihijatre i psihologe) i obitelj/prijatelje. Gotovo nitko od sudionika nije spomenuo spremnost na traženje podrške kod nadređenih ili na razini bolnice. Djelomično objašnjenje nalazi se u činjenici da u sklopu KBC-a Sestre milosrdnice ne postoji organizirana stručna podrška za anesteziologe. Čak i kad bi takav oblik podrške bio organiziran, ostaje pitanje koliko bi sudionici bili spremni obratiti se tim službama s obzirom na visoko izraženu kulturu oslanjanja na sebe.

Kao česte prepreke pri traženju podrške sudionici ističu slabu dostupnost podrške, nedostatak vremena, neznanje o dostupnim oblicima podrške i strah od stigmatizacije. Ovi nalazi odgovaraju najčešćim preprekama s kojima se susreću liječnici općenito (Kay i sur., 2008) i izdvojeno anesteziolozi (Hu i sur., 2012). Specijalisti u većoj mjeri smatraju da ne posjeduju dovoljno znanja o dostupnim oblicima podrške te su više skloni traženju podrške obitelji. Nedostatak znanja, kao i veće životno iskustvo kroz koje su naučili kako se nositi sa stresom može biti objašnjenje za veću sklonost okretanju obitelji.

Specijalizanti, s druge strane, izjavljuju da su skloniji traženju podrške stručnjaka i općenito otvoreniji prema ideji takvog oblika podrške. Poteškoća s kojom se oni susreću u većoj mjeri je strah od stigmatizacije i osjećaj srama ako bi okolina to saznala. Strah od stigmatizacije i sram također su među najčešće spominjanim preprekama pri traženju podrške kod liječnika (Kay i sur., 2008), a pogotovo kod studenata i specijalizanta koji često iskazuju zabrinutost zbog reakcija nadređenih i potencijalne ugroženosti njihove buduće karijere (Dunn, Hammond i Roberts, 2009).

Uz ozbiljnost problema, kao najčešći poticaj izdvaja se postojanje prijašnjih pozitivnih iskustava, odnosno pozitivni stavovi prema takvom obliku podrške. Pozitivni stavovi prema traženju podrške redovito se izdvajaju kao jedan od najvažnijih poticaja (Gulliver i sur., 2010). Iako je kroz intervjuje mali broj sudionika izjavio da imaju osobna iskustva s nekim oblikom terapije ili poznaju nekoga tko ih ima, ta su iskustva isključivo pozitivna. Navedeno upućuje na važnost uspostave načina razmišljanja i kulture u kojoj se potiče traženje podrške i prije nego što je sindrom sagorijevanja u potpunosti razvijen, kao i da potencijal za takvu vrstu prevencije postoji.

Metodološka ograničenja i smjernice za daljnja istraživanja

Pri interpretaciji dobivenih rezultata moraju se uzeti u obzir određeni metodološki nedostaci ovog istraživanja. Prvenstveno, s obzirom na korištenu kvalitativnu metodologiju ne mogu se dobiti precizni, broježani podaci o izraženosti znakova sindroma sagorijevanja kod sudionika, koji bi se mogli usporediti s podacima drugih relevantnih istraživanja. Unatoč tome, dobiveni rezultati upućuje na visoku razvijenost znakova sindroma sagorijevanja kod sudionika i potrebu za daljnjom kvantitativnom provjerom.

Drugi nedostatak ovog istraživanja odnosi se na metrijske karakteristike korištenih instrumenata, točnije nedostatak njihove validacije. U slučaju Testa znanja o sindromu sagorijevanja, zamišljena svrha bila je provjeriti na što jednostavniji način opću razinu znanja o sindromu sagorijevanja koju sudionici posjeduju, s ciljem utvrđivanja mogućih razlika između dviju skupina. Kako sudionici nisu prolazili kroz neki oblik treninga ili edukacije o sindromu sagorijevanja, nije postojala propisana literatura na temelju koje bi se mogao sastaviti test, već je kao osnova za pitanja poslužila aktualna literatura. S obzirom na zahtjevnost organizacije i provedbe istraživanja, nije provedena

dodatna validacija upitnika. Logička i sadržajna analiza čestica provedena je od strane mentorice i autorice ovog istraživanja.

Upitnik uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu također je konstruiran za potrebe ovog istraživanja te je prošao kroz isti postupak kao i Test znanja. Kako je glavna svrha ovog rada bila dobivanje uvida u područje koje dosad nije istraživano, autorica istraživanja smatra njihovo korištenje opravdanim. U budućim istraživanjima preporučuje se detaljna validacija korištenih instrumenata kao i prilagodba testa znanja informacijama iz predavanja koja su sudionici odslušali.

Konačno, ograničena je mogućnost generalizacije dobivenih rezultata s obzirom na to da su muškarci zastupljeni u manjoj mjeri i da svi sudionici rade u istoj bolnici. U budućim istraživanjima potrebno je uključiti anesteziologe iz drugih zagrebačkih/hrvatskih bolnica s ciljem provjere utjecaja specifičnih radnih uvjeta i radne okoline, te osigurati ravnomjerniju zastupljenost spolova.

ZAKLJUČAK

Može se reći da su anesteziolozi često izloženi informacijama o stresu na radu i da smatraju da su djelomično upoznati sa sindromom sagorijevanja, pri čemu ne postoji značajna razlika u znanju između specijalista i specijalizanata. Specijalisti informacije o sindromu sagorijevanja dobivaju isključivo neformalnim putem, dok specijalizanti obrađuju tu temu u sklopu poslijediplomskog studija, ali naglašavaju da sadržaj nije upečatljiv. Primjećuje se potreba za praktičnim vještinama koje bi olakšale nošenje sa svakodnevnim stresnim situacijama.

Općenito, sudionici smatraju da sindrom sagorijevanja može predstavljati izrazito ozbiljan problem i da su oni kao struka pod velikim rizikom za njegov razvoj, a dodatno ističu veći rizik za mlađe kolege. Svi sudionici svjesni su različitih izvora stresa kojima su izloženi. Veliki broj specijalista i nešto manji broj specijalizanata ima osobnog iskustva s više ili manje razvijenim epizodama sindroma sagorijevanja. U trenutku provedbe istraživanja velika većina sudionika izvještava o znakovima sindroma sagorijevanja vezanih uz dimenzije emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije. Specijalisti u nešto većoj mjeri izvještavaju o prisutnosti tih znakova.

Unatoč visokoj procjeni ozbiljnosti problema i osobnim iskustvima sa sindromom sagorijevanja, sudionici nisu otvoreni prema traženju stručne podrške. Ističe se tendencija oslanjanja na sebe i manjak spremnosti na traženje podrške sve dok izraženi znakovi ne postanu drastični. Kao prepreke pri traženju podrške dodatno izdvajaju slaba dostupnost podrške, neznanje o dostupnim oblicima podrške i strah od stigmatizacije, a kao poticaje jak intenzitet znakova i pozitivna iskustva/stavove o traženju podrške. Primijećene su specifične razlike u preferiranim izvorima i najčešćim preprekama pri traženju podrške između specijalista i specijalizanata.

Dobiveni nalazi ukazuju na potrebu za evaluacijom toga kako se anesteziolozi educiraju o sindromu sagorijevanja, većom razinom znanja o dostupnim oblicima podrške i pojednostavljivanjem pristupa podršci te stvaranjem kulture u kojoj okolina potiče takav oblik podrške i općenito brigu o sebi, prije nego što se problem razvije.

LITERATURA

- Ajduković, M. i Ajduković D. (1996). *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Andrade, G. O., i Dantas, R. A. A. (2015). Work-related mental and behaviour disorders in anesthesiologists. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 65(6), 504-510.
- Cafuk, B. (2010). Zdravlje na radu i zdrav radni okoliš – ključ kvalitete rada liječnika. *MEDIX*, 16(87/88), 33-34.
- Chew-Graham, C.A., Rogers, A. i Yassin, N. (2003). „I wouldn't want it on my CV or their records“: medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*, 37(10), 873-880.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N, Brown, J. S. L. i Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Cockerham, W. C. (2016). *Medical sociology* (13th ed.). London: Routledge.
- Dunn, L. B., Hammond, K. A. G., i Roberts, L. W. (2009). Delaying care, avoiding stigma: residents' attitudes toward obtaining personal health care. *Academic Medicine*, 84(2), 242-250.
- Garelick, A.I. (2012). Doctor's health: stigma and the professional discomfort in seeking help. *The Psychiatrist*, 36, 81-84.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. i Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D. i Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research*, 7(1), 107-116.

- Hu, Y. Y., Fix, M. L., Hevelone, N. D., Lipsitz, S. R., Greenberg, C.C., Weissman, J. S. i Shapiro, J. (2012). Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Archives of Surgery*, 147(3), 212-217.
- Kalebić Maglica, B. (2010). Teorijski pristupi u ispitivanju rizičnih zdravstvenih ponašanja. *Psihologijske teme*, 19(1), 71-102.
- Kay, M., Mitchell, G., Clavarino, A., i Doust, J. (2008). Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *British Journal of General Practice*, 58(552), 501-508.
- KBC Sestre milosrdnice (2017). Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli <<http://www.kbcm.hr/zavodi/zavod-za-anesteziologiju-i-intenzivnu-medicinu/>> Pristupljeno 20. prosinca 2017.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. Cambridge, MA: Malor books.
- Medicinski fakultet u Zagrebu (2018). Integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine <<http://mef.unizg.hr/studiji/diplomski/integrirani-preddiplomski-i-diplomski-studij-medicine/nastavni-plan-i-program>> Pristupljeno 17. ožujka 2018.
- Milenović, M. S. (2015). *Ispitivanje „sindroma sagorevanja na poslu“, anesteziologa zaposlenih u ustanovama tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Beogradu*. Neobjavljena doktorska disertacija. Beograd: Medicinski fakultet.
- Milne, S., Sheeran, P. i Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(1), 106-143.
- Montgomery, A.J., Bradley, C., Rochfort, A. i Panagopoulou, E. (2011). A review of self-medication in physicians and medical students. *Occupational medicine*, 61(7), 490-497.
- Nyssen, A.S. i Hansez, I. (2008). Stress and burnout in anaesthesia. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 21(3), 406-411.
- Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K. i Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging and Mental Health*, 13(2), 300-307.

- Putnik, K., de Jong, A. i Verdonk, P. (2011). Road to help-seeking among (dedicated)human service professionals with burnout. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 49-54.
- Rickwood, D. J. i Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C. i Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*, 62(6), 675-678.
- Shapiro, S. L., Shapiro, D. E. i Schwartz, G. E. (2000). Stress management in medical education: a review of the literature. *Academic Medicine*, 75(7), 748-759.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J. i West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12),1600-1613.
- Stanton, J. i Randal, P. (2011). Doctors accessing mental-health services: an exploratory study. *BMJ open*, *bmjopen-2010*.
- Škrinjar, J. (1997). Odnos zanimanja i strategija suočavanja i svladavanja Burnout sindroma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 32(1), 25-36.
- Tomljenović, M., Kolarić, B., Stajduhar, D. i Tesić, V. (2014). Stress, depression and burnout among hospital physicians in Rijeka, Croatia. *Psychiatria Danubina*, 26(3), 450-458.
- Wills, T. A. i DePaulo, B. M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking process. U C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Pergamon general psychology series, Vol. 162. Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (str. 350-375). Elmsford, NY: Pergamon Press.

PRILOZI

Prilog 1 - Upitnik o sindromu sagorijevanja

a) DEMOGRAFSKI PODACI

1. Spol: M / Ž
2. Dob(godine)_____
3. Što ste po struci?
 - a. specijalist anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine
 - b. specijalizant anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine
 - c. drugo:_____
4. Koliko godina radnog staža imate? _____
5. Koliko godina radite na sadašnjem radnom mjestu? _____
6. Bračni status:
 - a. oženjen/udata
 - b. razveden/razvedena
 - c. udovac/udovica
 - d. u vezi
 - e. samac
7. Imate li djece? DA / NE
8. Ako imate djece, molimo napišite koliko i koliko godina imaju:

b) SINDROM SAGORIJEVANJA

*Pred Vama se nalazi niz pitanja o osnovnim obilježjima sindroma sagorijevanja. U tim pitanjima **postoje** točni i netočni odgovori. Podsjećamo još jednom da je svrha istraživanja dobiti ukupne rezultate o razini poznavanja obilježja sindroma sagorijevanja, te da se odgovori neće moći povezati s pojedinim sudionicima istraživanja. Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja.*

Sljedeći niz pitanja u obliku je zadataka višestrukog izbora, a Vaš zadatak je zaokružiti slovo pokraj odgovora koji smatrate točnim. Pored svakog pitanja naznačeno je postoji li jedan ili više točnih odgovora.

1. Koje od navedenih su temeljne dimenzije sindroma sagorijevanja? (jedan točan odgovor)
 - a. Emocionalna iscrpljenost, tjelesna iscrpljenost, depresivnost
 - b. Emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija, smanjen osjećaj osobnog postignuća
 - c. Tjelesna iscrpljenost, depersonalizacija, depresivnost
 - d. Emocionalna iscrpljenost, smanjen osjećaj osobnog postignuća, poteškoće sa spavanjem
2. Kao krajnji ishodi sindroma sagorijevanja mogu se javiti: (moguće je više točnih odgovora)
 - a. osjećaj negativizma i emocionalne udaljenosti
 - b. promjena posla
 - c. nedostatak interesa za uobičajene obiteljske aktivnosti
 - d. povećana upotreba lijekova, alkohola i/ili droga
3. Koji od navedenih simptoma su najčešći simptomi sindroma sagorijevanja? (moguće je više točnih odgovora)
 - a. gubitak profesionalnog samopoštovanja i samopouzdanja

- b. nesanica
 - c. razvoj negativnih stavova prema bolesnicima
 - d. razmišljanje o samoubojstvu
 - e. osjećaj iscrpljenosti
 - f. smanjena kvaliteta rada
 - g. ispunjavanje svih molbi i zahtjeva drugih
 - h. povišena tjelesna temperatura
 - i. pretjerana razdražljivost
4. Koji su rizični faktori za nastanak sindroma sagorijevanja? (*moguće je više točnih odgovora*)
- a. pretjerani zahtjevi posla
 - b. natjecateljska atmosfera među kolegama
 - c. starija životna dob
 - d. nedostatak pozitivnih povratnih informacija na poslu
 - e. visoka razina samopouzdanja
 - f. posao u kojem je kontakt s drugim ljudima ograničen
5. Koji od navedenih simptoma nije simptom sindroma sagorijevanja? (*jedan točan odgovor*)
- a. kronični umor
 - b. visoka tolerancija svakodnevnih frustracija
 - c. izbjegavanje kontakta s ljudima
 - d. promatranje ljudi kroz njihove bolesti/poteškoće, umjesto kao ljudska bića
6. Koje od navedenih su učinkovite strategije za suočavanje sa sindromom sagorijevanja? (*moguće je više točnih odgovora*)
- a. planiranje i organizacija aktivnosti kako bi se smanjilo djelovanje stresora
 - b. traženje podrške u okolini (na poslu i izvan njega)
 - c. ignoriranje stresnih situacija kako bi se uklonio njihov utjecaj
 - d. postavljanje jasnih granica

Molimo Vas da tvrdnje koje slijede procijenite s obzirom na njihovu **točnost**. To će te učiniti tako da pored svake tvrdnje zaokružite slovo T ili N ovisno o tome smatrate li da je ona TOČNA (T) ili NETOČNA (N).

1. Sindrom sagorijevanja karakteriziraju samo simptomi psihološke i emocionalne prirode.	T	N
2. Simptomi sindroma sagorijevanja mogu se prepoznati već u početnim fazama tog sindroma.	T	N
3. Sindrom sagorijevanja javlja se samo kod liječnika/stručnjaka koji svoj posao ne obavljaju kvalitetno.	T	N
4. Sindrom sagorijevanja može se izliječiti pomoću lijekova.	T	N
5. Sindrom sagorijevanja javlja se kao posljedica kronične izloženosti stresu u radu.	T	N
6. U ranim stadijima sindroma sagorijevanja promjene u ponašanju prvo će primijetiti okolina.	T	N
7. Sindrom sagorijevanja lako se liječi.	T	N
8. Osobe koje pate od sindroma sagorijevanja polako se pretvaraju u hladnu i nebrižnu osobu.	T	N
9. Osjećaj emocionalne iscrpljenosti može dovesti do smanjivanja uključenosti u odnose s drugima.	T	N
10. Razvoju prvih simptoma sindroma sagorijevanja često prethodi faza	T	N

u kojoj osoba osjeća veliki radni entuzijazam i predanost poslu.		
11. Osobe koje boluju od sindroma sagorijevanja uvijek su toga svjesne.	T	N
12. Kao jedan od simptoma sindroma sagorijevanja može se javiti povećani cinizam u odnosu prema drugima.	T	N
13. Osoba koja pati od sindroma sagorijevanja osjeća se manje samopouzđano u obavljanju svojeg posla.	T	N
14. Simptomi sindroma sagorijevanja iz njegove prve faze obično se zanemaruju.	T	N
15. Muškarci i žene podjednako su podložni razvoju sindroma sagorijevanja.	T	N
16. Kao simptomi sindroma sagorijevanja mogu se javiti i različiti psihosomatski simptomi (pr. čir na želucu, bolovi u leđima i vratu, glavobolje...).	T	N
17. Osobe koje ne znaju postaviti jasne granice u radu s ljudima podložniji su profesionalnom stresu, a time i razvoju sindroma sagorijevanja.	T	N
18. Sindrom sagorijevanja obično se razvija naglo.	T	N
19. Razvoju sindroma sagorijevanja podložnije su struke koje su svakodnevno u neposrednom kontaktu s ljudima.	T	N
20. Žene će češće od muškaraca pokazivati znakove depersonalizacije (bezosjećajnost i ravnodušnost u kontaktu s bolesnicima).	T	N

c) UVJERENJA O SINDROMU SAGORIJEVANJA KAO OZBILJNOM PROBLEMU

*U nastavku slijede različita uvjerenja o sindromu sagorijevanja. Molimo Vas da zaokružite broj uz svaku tvrdnju i time označite koliko se slažete sa svakom od navedenih tvrdnji. Ovdje **ne** postoje točni ili netočni odgovori te Vas molimo da odgovorite što iskrenije, onako kako Vi zaista mislite.*

Brojevi na ljestvici znače sljedeće:

1 = uopće se ne slažem

2 = djelomično se ne slažem

3 = niti se slažem, niti se ne slažem

4 = djelomično se slažem

5 = u potpunosti se slažem

1. Sindrom sagorijevanja predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem.	1	2	3	4	5
2. Sindrom sagorijevanja može ozbiljno narušiti zadovoljstvo životom.	1	2	3	4	5
3. Sindrom sagorijevanja može imati ozbiljne posljedice na profesionalni rad / na karijeru.	1	2	3	4	5
4. Sindrom sagorijevanja može ozbiljno narušiti tjelesno zdravlje.	1	2	3	4	5
5. Sindrom sagorijevanja može ozbiljno narušiti psihičko zdravlje.	1	2	3	4	5
6. Sindrom sagorijevanja može ozbiljno narušiti međuljudske odnose na radnom mjestu.	1	2	3	4	5
7. Sindrom sagorijevanja može ozbiljno narušiti obiteljske odnose.	1	2	3	4	5

Prilog 2 - Protokol intervjua

1. UVODNI DIO

1. Spol (*zabilježiti*)
2. Koliko godina imate?
3. Što ste po struci? (*liječnik specijalist/specijalizant*)
4. Koliko godina radnog staža imate?
5. Koliko dugo već radite u ovoj bolnici? Na kojem odjelu?
6. Je li ova specijalizacija bila Vaš prvi izbor? Jeste li zadovoljni odabirom?
7. Koji je Vaš bračni status?
8. Imate li djece? Ako da, koliko i koliko godina imaju?

2. SINDROM SAGORIJEVANJA

2.1. Upoznatost s pojmom profesionalni stres/sindrom sagorijevanja i percepcija ozbiljnosti posljedica stresa na radu

1. Je li Vaš posao težak/stresan? Koji dijelovi posla Vam uzrokuju najviše stresa?
2. U usporedbi s drugim specijalizacijama, koliko je Vaša zahtjevnija?
3. Koliko često se susrećete s pojmom profesionalni stres/stres na radu? U kojem kontekstu? Jeste li upoznati s pojmom sindrom sagorijevanja?
4. Što Vi mislite o profesionalnom stresu i sindromu sagorijevanja? Koliko je to općenito ozbiljan problem?
5. Smatrate li da se tom problemu posvećuje dovoljno pažnje?
6. Smatrate li da su anesteziolozi pod rizikom da razviju sindrom sagorijevanja? Tko je pod najvećim rizikom (*mlađi/stariji, anesteziolozi na određenim odjelima i sl.*)?
7. Je li Vam ikad u sklopu posla ponuđena podrška za nošenje sa stresnim situacijama na poslu (*teški bolesnici, slučajevi sa smrtnim ishodom, preveliki zahtjevi posla...*)?
8. Jeste li ikad polazili edukacije o profesionalnom stresu ili sindromu sagorijevanja? Ako da, koje?
9. Mislite li da bi Vam radionice o prepoznavanju znakova sindroma sagorijevanja i nošenju s njima bile korisne? A Vašim kolegama?

2.2. Izraženost znakova sindroma sagorijevanja kod sudionika

1. Imate li osobnog iskustva sa sindromom sagorijevanja? Ako da, opišite.

2. Sljedeći niz pitanja odnosi se na različite simptome sindroma sagorijevanja (*ako je moguće, zahvatiti i razdoblje u kojem se simptomi javljaju*).

- 2.1. Osjećate li se tjelesno i emocionalno iscrpljeni na kraju radnog dana?
- 2.2. Jeste li zbog zahtjeva posla više napeti i razdražljivi? U kojim situacijama to primijetite?
- 2.3. Kada Vam je teško na poslu, povećate li konzumaciju cigareta, kave, alkohola ili lijekova?
- 2.4. Koliko često ste bolesni?
- 2.5. Primjećujete li na sebi tjelesne simptome poput glavobolja, opće slabosti, bolova u leđima i dr.? Koje i koliko često?
- 2.6. Imate li problema sa spavanjem i/ili hranjenjem? Opišite.
- 2.7. Osjećate li se samopouzđano prilikom obavljanja svog posla?
- 2.8. Smatrate li da uspijete obaviti svoj posao kvalitetno? Ako ne, opišite zbog čega.
- 2.9. Nađete li se u situacijama da Vam oboljeli idu na živce i da ste hladni u odnosu prema njima? Kako se osjećate zbog toga?
- 2.10. Imate li jednako suosjećanja za bolesnike kao i na početku Vaše profesionalne karijere? Primjećujete li neke druge promjene u odnosu prema njima?
- 2.11. Dogodi li se ponekad da izbjegavate kontakt s bolesnicima, kolegama ili obitelji? Opišite situacije.
- 2.12. Je li Vam teško komunicirati s bolesnicima, kolegama i članovima obitelji? Opišite.
- 2.13. Osjećate li se loše ili depresivno zbog posla? Opišite.

3. SPREMNOST NA TRAŽENJE PODRŠKE

3.1. Spremnost na traženje stručne podrške s obzirom na izraženost različitih simptoma sindroma sagorijevanja

(Prije sljedećih pitanja napraviti sažetak vrste i intenziteta simptoma koje su sudionici naveli, te naglasiti da se pitanja odnose na spremnost na traženje stručne podrške zbog navedenih simptoma.)

1. Smatrate li da su navedeni simptomi dovoljno ozbiljni da bi Vam trebala stručna podrška/pomoć?
 - 1.1. Ako je odgovor „da“:
 - 1.1.1. Biste li bili spremni potražiti pomoć?

1.1.2. Kome biste se obratili za podršku/pomoć i zbog kojih od navedenih simptoma?

1.2. Ako je odgovor „ne“:

1.2.1. Do koje težine bi se ti simptomi trebali pogoršati da biste bili spremni potražiti pomoć?

1.2.2. Zamislite da se navedeni simptomi pogoršaju, za koje od njih biste prvo potražili podršku/pomoć i kome biste se obratili?

3.2. Poticaji i prepreke pri traženju stručne podrške zbog simptoma profesionalnog stresa/sindroma sagorijevanja

1. Kada razmišljate o razlozima zbog kojih ne biste potražili stručnu podršku, koji Vam prvo padaju napamet?

1.1. Na ovom popisu nalaze se česte prepreke pri traženju stručne podrške. Mogu li se neke od njih primijeniti na Vas? (*pokazati Prilog s popisom prepreka i poticaja²*)

2. Kada razmišljate o razlozima koji bi vas potaknuli na traženje podrške, koji Vam prvo padaju napamet?

2.1. Na ovom popisu nalaze se činitelji koje ljudi često navode kao poticaje za traženje podrške. Mogu li se neki od njih primijeniti na Vas? (*pokazati Prilog s popisom prepreka i poticaja*)

² Popis prepreka i poticaja nalazi se u Prilogu 2.a

Prilog 2.a - Popis čestih prepreka i poticaja pri traženju stručne podrške

Česte PREPREKE pri traženju podrške:

- sram zbog traženja podrške i pokazivanja „slabosti“
- preveliki zahtjevi posla (nedostatak vremena)
- pitanje povjerljivosti i zaštite podataka
- strah od negativnih posljedica na profesionalnu karijeru
- stigma (negativna obilježnost)
- vjerovanje da psihološka podrška neće pomoći
- poteškoće s prepoznavanjem simptoma
- zabrinutost zbog kvalitete podrške koja se nudi
- oslanjanje na sebe
- (ne)znanje o dostupnim oblicima psihološke podrške
- slaba dostupnost podrške (zbog cijene, lokacije, prijevoza i dr.)
- izbjegavanje opterećivanja drugih vlastitim stanjem
- traženje podrške iz drugih izvora (partner, obitelj, prijatelji)

Česti POTICAJI za traženje podrške:

- prijašnja pozitivna iskustva s traženjem podrške
- vjerovanje da će ih traženje podrške učiniti boljim liječnicima (veća empatija prema bolesnicima)
- okolina smatra da je u redu potražiti stručnu podršku
- znanje o znakovima stresa na radu i sindroma sagorijevanja
- doživljaj da je problem ozbiljan
- lako izražavanje emocija i poteškoća

Prilog 3 - Rezultati provjere normalnosti distribucija i homogenosti varijanci

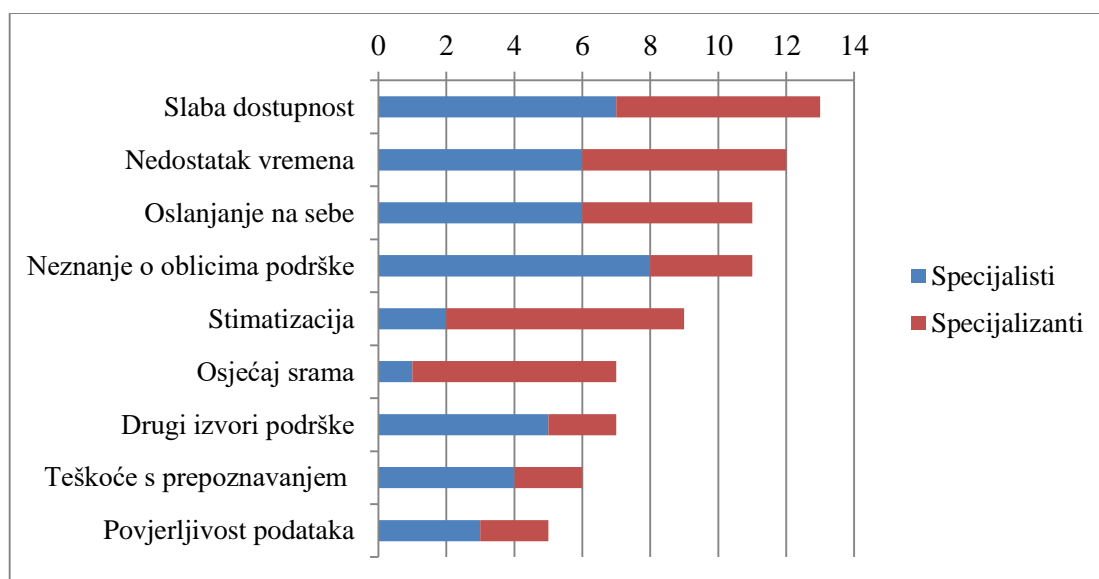
Tablica 2

Rezultati Kolmogorov-Smirnovljevog i Levenovog testa za Test znanja o sindromu sagorijevanja i upitnik Uvjerenja o sindromu sagorijevanja kao ozbiljnom problemu

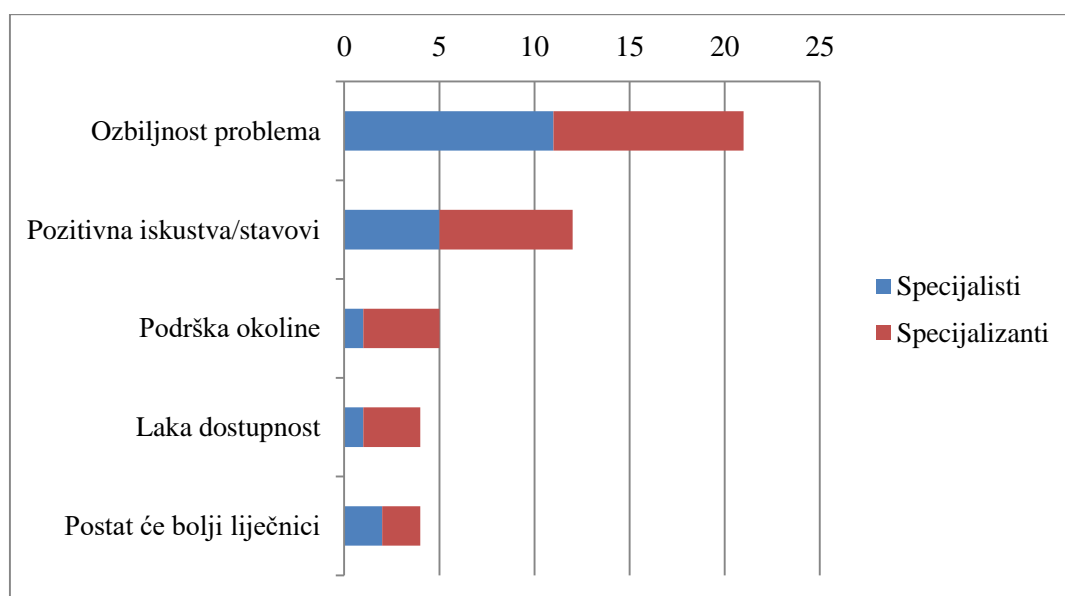
Upitnik	Skupina	z_{K-S}	p_{K-S}	F	P
Znanje	Specijalisti	.683	.740	.008	.930
	Specijalizanti	.553	.920		
	Svi	.689	.730		
Uvjerenja o ozbiljnosti	Specijalisti	.691	.726	.615	.439
	Specijalizanti	.635	.815		
	Svi	.806	.534		

Legenda: z_{K-S} - rezultat z-vrijednosti Kolmogorov-Smirnovljevog testa, p_{K-S} - razina statističke značajnosti za rezultate Kolmogorov-Smirnovljevog testa, F - rezultat Levenovog testa, p - razina statističke značajnosti za rezultate Levenovog testa

Prilog 4 - Prikaz frekvencija prepreka i poticaja pri traženju stručne podrške



Slika 1. Prikaz najčešćih prepreka pri traženju stručne podrške kod specijalista i specijalizanta anesteziologije (prikazane su prepreke s frekvencijama ≥ 5)



Slika 2. Prikaz najčešćih poticaja pri traženju stručne podrške kod specijalista i specijalizanta anesteziologije (prikazani su poticaji s frekvencijama ≥ 4)

Prilog 5 – Rezultati hi-kvadrat testa provedenog na česticama Testa znanja

Hi-kvadrat testom provjerilo se razlikuju li se opažene frekvencije točnih i netočnih odgovora u odnosu na očekivane, teoretske frekvencije. S obzirom na to da je većina sudionika ostvarila visoke rezultate na Testu znanja, pretpostavljeno je da će na svakom pitanju otprilike tri četvrtine sudionika (N=25) ostvariti točan odgovor, a preostala četvrtina (N=8) netočan odgovor. U pitanjima s višestrukim odgovorima, u obradu su uvršteni samo točni odgovori i oni su promatrani međusobno neovisno. U Tablici 3 su izdvojena i prikazana pitanja na koja su sudionici dali značajno manje točnih odgovora od očekivanog.

Tablica 3

Rezultati hi-kvadrat testa za izdvojene čestice Testa znanja o sindromu sagorijevanja

Oblik	Sadržaj pitanja	χ^2	df	P
Višestruki odgovori	1.(b) Emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija, smanjen osjećaj osobnog postignuća (<i>kao temeljne dimenzije sindroma sagorijevanja</i>)	59.565	1	.01
	2.(b) Promjena posla (<i>kao jedan od krajnjih ishoda sindroma sagorijevanja</i>)	23.760	1	.01
	3.(c) Razvoj negativnih stavova prema bolesnicima (<i>kao jedan od najčešćih simptoma sindroma sagorijevanja</i>)	8.085	1	.01
	4.(b) Natjecateljska atmosfera među kolegama (<i>kao rizičan faktor za nastanak sindroma sagorijevanja</i>)	4.125	1	.05
Točno - netočno	6. U ranim stadijima sindroma sagorijevanja promjene u ponašanju prvo će primijetiti okolina.	4.125	1	.05
	8. Osobe koje pate od sindroma sagorijevanja polako se pretvaraju u hladnu i nebrižnu osobu.	5.940	1	.05
	13. Osoba koja pati od sindroma sagorijevanja osjeća se manje samopouzđano u obavljanju svojeg posla.	4.125	1	.05
	15. Muškarci i žene podjednako su podložni razvoju sindroma sagorijevanja.	4.125	1	.05

Legenda: χ^2 - rezultati hi-kvadrat testa, df – stupnjevi slobode, p - razina statističke značajnosti za rezultate hi-kvadrat testa